

Année 1912 — FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS — N°

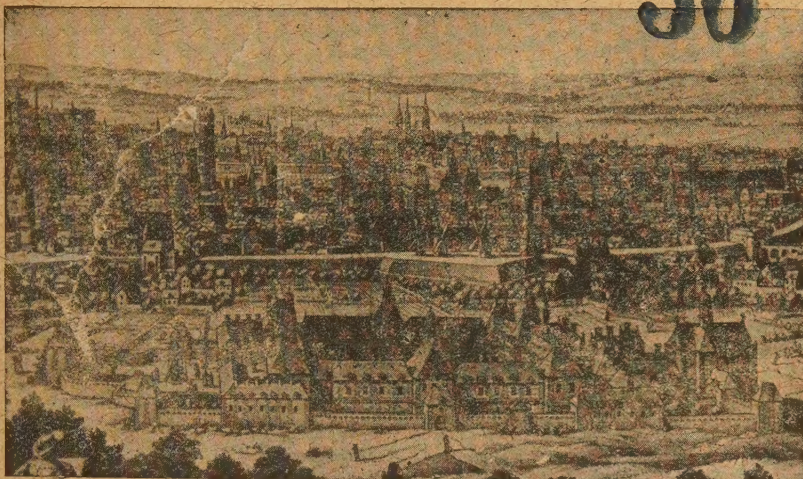
THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Eugène-Lucien FROMENT

Né le 7 juillet 1885, à Avrechy (Oise)

56



CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU

CHANCRE SYPHILITIQUE DU NEZ

ET EN PARTICULIER DE SA
LOCALISATION AU CORNET INFÉRIEUR

Président : M. GAUCHER, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (vr°)

1912

56

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

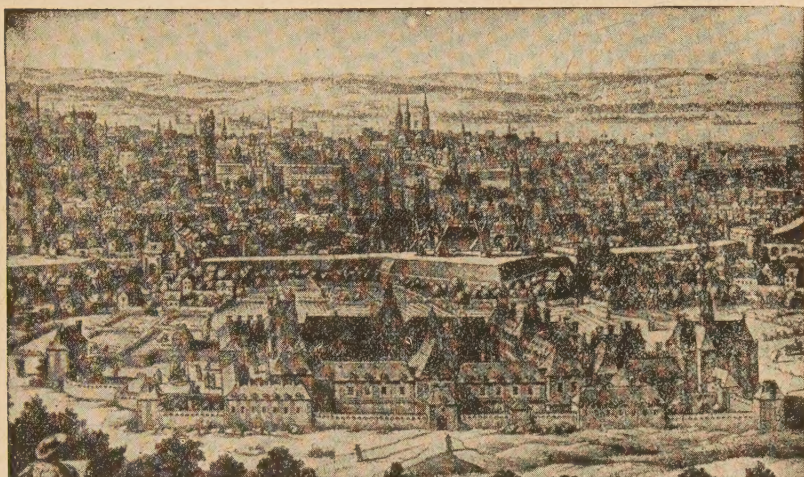
Année 1912 — FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS — N°

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Eugène-Lucien FROMENT

Né le 7 juillet 1885, à Avrechy (Oise)



CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU

CHANCRE SYPHILITIQUE DU NEZ

ET EN PARTICULIER DE SA
LOCALISATION AU CORNET INFÉRIEUR



Président : M. GAUCHER, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (vi^e)

1912

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS

MM

Anatomie.	NICOLAS
Physiologie.	CH. RICHET
Physique médicale.	WEISS
Chimie organique et Chimie générale.	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales.	ACHARD
Pathologie médicale.	WIDAL
Pathologie chirurgicale.	TEISSIER
Anatomie pathologique.	LEJARS
Histologie.	PIERRE MARIE
Opérations et appareils.	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale.	HARTMANN
Thérapeutique.	POUCHET
Hygiène.	MARFAN
Médecine légale.	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée.	LETULLE
	ROGER
	DEBOVE
Clinique médicale.	LANDOUZY
	GILBERT
	CHAUFFARD
	HUTINEL
Maladies des enfants.	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	GILBERT BALLEI
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux.	DEJERINE
	DELBET
Clinique chirurgicale.	QUENU
	RECLUS
	SEGOND
Clinique ophtalmologique.	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	LEGUEU
	BAR
Clinique d'accouchements.	PINARD
	RIBEMONT-DESSAIGNE
Clinique gynécologique.	POZZI
Clinique chirurgicale infantile.	KIRMISSON
Clinique thérapeutique.	ALBERT ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BALTHAZARD	DUVAL (P.)	LEQUEUX	RATHERY
BERNARD	GOUGEROT	LERI	REITTERER
BRANCA	GREGOIRE	LOEPER	RICHAUD
BRINDEAU	GUENIOT	MACAIGNE	ROUSSY
BROCA (A.)	GUILLAIN	MAILLARD	ROUVIÈRE
BRUMPT	JEANNIN	MORESTIN	SCHWARTZ
CAMUS	JOUSSET (A.)	MULON	SICARD
CARNOT	LABBE (M.)	NICLOUX	TERRIEN
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	TIFFENEAU
CHEVASSU	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYK	ZIMMERN
CLAUDE	LECENE	OMBREDANNE	
COUVELAIRE	LENORMANT	PROUST	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON GRAND-PÈRE

A MA GRAND'MÈRE

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MA SŒUR ET A MON BEAU-FRÈRE

A MON FRÈRE

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GAUCHER

Membre de l'Académie de Médecine

Chevalier de la Légion d'honneur

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
CHANCRE SYPHILITIQUE DU NEZ
ET EN PARTICULIER DE SA
LOCALISATION AU CORNET INFÉRIEUR

INTRODUCTION

Si on s'explique aisément que le revêtement externe du nez puisse être le siège du chancre syphilitique, par suite de son aptitude à être contaminé directement, il semble que la muqueuse pituitaire tant par ses fonctions que par sa situation soit peu prédisposée à la contagion. En fait, le chancre de cette région demeure une rareté, mais sa localisation ne doit pas nous étonner. Ricord disait en effet : « Le chancre est une graine bonne pour tous les terrains, capable de germer n'importe où le hasard la dépose. »

En réalité, le chancre du nez doit être plus fréquent que ne l'indiquent les statistiques, et il doit constituer une des sources des syphilis ignorées. On verra qu'il est souvent méconnu par le malade, en raison de la bénignité de la lésion et du peu de symptômes subjectifs qu'elle détermine quelquefois.

Souvent il sera pour le médecin l'objet d'une erreur de diagnostic ; il pourra aussi, malgré la présence d'accidents secondaires, passer inaperçu ; soit que l'attention de l'observateur n'ait pas été attirée vers cette région, soit que l'examen pratiqué ait été trop superficiel. On admettait, en effet, jusqu'ici que le chancre intra-nasal était situé peu profondément, à 1 cm. 1/2 au maximum de l'orifice narinaire et de préférence sur la cloison ; or, nous avons pu réunir 4 cas où la lésion primaire siégeait sur le cornet inférieur, auquel il faut ajouter le cas de Gemy où le chancre était situé sur la cloison à l'union de la portion cartilagineuse et de la portion osseuse, c'est-à-dire en des points nécessitant une examen rhinoscopique antérieur.

C'est dans ces cas surtout qu'il faudra penser au précepte de Fournier concernant les chancres extra-génitaux : « En second lieu, dit-il, de ces chancres à siège insolite, résulte un enseignement, c'est qu'étant donné une syphilis dont l'accident initial n'est pas accusé par le malade, il ne faut pas se contenter d'explorer les seules régions où cet accident a coutume de se localiser le plus souvent, c'est-à-dire les régions génitales et péri-génitales ; il faut chercher ailleurs, puis ailleurs encore, puis partout, n'importe où, car il peut être là où le malade et le médecin soupçonneraient le moins sa présence.

En plus de ces 4 cas intéressants de localisation du chancre au cornet inférieur, nous avons réuni de nombreux cas où le chancre siégeait sur le revê-

tement externe du nez et sur la muqueuse pituitaire. Nous y ajouterons un cas de chancre du nasopharynx intéressant par ce fait qu'il n'était pas dû à un cathétérisme de la trompe d'Eustache, ce qui est l'étiologie habituelle.

Mais avant d'entreprendre ce travail, qu'il nous soit permis d'exprimer ici notre profonde reconnaissance à notre maître M. le professeur Gaucher, pour la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée, et pour le très grand honneur qu'il nous fait en acceptant de présider cette thèse.

Nous ne manquerons pas non plus d'adresser nos remerciements à M. le Dr Lévy-Franckel, chef de clinique à l'hôpital Saint-Louis, pour les conseils qu'il a bien voulu nous prodiguer, ainsi qu'à M. le Dr Girou, chef de clinique adjoint, qui nous a inspiré le sujet de ce travail.

HISTORIQUE

Le chancre du nez est signalé pour la première fois par Mac Carthy en 1844 : « Pendant les années 1842-1843 j'ai eu l'occasion d'observer un grand nombre d'ulcères primitifs siégeant sur des parties du corps où on ne les rencontre pas habituellement : à la narine : une fois, etc. ». Ce sont ensuite les cas de Ricord, Nodet, Fournier, Rollet et Nettleship, mais ces auteurs ne sont pas plus explicites quant au siège, à l'aspect et à l'évolution. Ricord dans ses *Leçons sur le chancre* (1858), dit simplement : « Je l'ai rencontré sur la pituitaire. » La même année, Fournier dans *l'Union médicale* cite 3 cas : 1 chancre du sillon naso-labial, 1 chancre induré de la narine, 1 chancre de la cloison. Les traités de Cullerier (1866) et de Lancereaux (1873) n'en parlent pas. Armand Rizat (1881) écrit : « Les chancres peuvent occuper la muqueuse pituitaire. » Mauriac (1883) et Hermann Zeissl (1888) ne donnent guère plus de détails. Cependant Spencer Watson, en 1881, avait publié le premier cas typique bien observé et bien décrit. Ce cas est cité dans la thèse de Dupond (1887) qui constitue le premier travail d'ensemble sur la

question. Il y ajoute les cas de Rasori (1885) et de Moure (1887).

Ce sont ensuite les observations de Morel-Lavallée (1887), Marfan (1890), Cozzolino, Gemy, Thibierge ; les thèses de Le Bart et de Bazenerye (1894). A l'occasion d'un nouveau cas Chapuis (de Lyon) reprend la question et réunit tous les cas connus, soit 22 cas environ. En 1895, Brunon fait une nouvelle statistique réunissant 35 cas que Garel en 1900 porte à 45. Ce nombre passe ensuite à 53 (Calamida, 1903), puis à 66 (Ramognini, 1907). La thèse de Lenoble (1808), apporte quelques nouvelles observations. Stancanelli, en 1909, admet 72 à 75 cas. Actuellement le nombre des cas cités dépasse légèrement la centaine, on en trouvera la nomenclature à la bibliographie.

La localisation du chancre ou cornet inférieur est connue depuis peu puisque le premier cas observé le fut par Brunon en 1900. Depuis 3 cas seulement ont été publiés, ce sont ceux de David (1905), Guichard (1907) et Campbell (1906). Nul doute que ces cas, l'attention étant attirée sur leur existence, ne soient dans la suite plus fréquemment observés.

Les chancres des fosses nasales postérieures très fréquents à une époque, semblent actuellement avoir à peu près complètement disparu. On s'explique ce fait en raison de leur étiologie un peu spéciale.

FRÉQUENCE STATISTIQUES

Trop souvent les statistiques sont faites à l'occasion du cas observé, et de plus elles ne portent que sur un court laps de temps. Nous nous baserons donc pour mettre en évidence la rareté du chancre du nez sur les statistiques portant sur un grand nombre de chancres, et surtout sur celles portant sur un grand nombre de chancres extra-génitaux.

Jullien, sur 2.000 cas de chancre, note 8 cas de chancre du nez.

Bulkley (1894), sur 9058 chancres extra-génitaux, cite 95 chancres du nez, soit environ 1,04 o/o.

Munchheimer (1897) résume en une table tous les cas publiés de chancres extra-génitaux, et, sur un total de 19.323 cas, note 220 chancres du nez et 554 de la bouche et du nez, formant ainsi un pourcentage de 1,13 o/o pour les premiers et 2,83 o/o pour les seconds.

Fournier (1897), sur 1124 chancres extra-génitaux, note 18 chancres du nez, soit 1,60 o/o. Cette statistique est très intéressante, car elle porte à la fois sur la clientèle de ville et les malades observés à l'hôpital et elle s'étend sur un espace de trente-six ans.

Vignolo Lutati (1903), dans la statistique de la clinique de Majocchi, relevée pendant cinq ans, cite 1 cas de chancre du nez sur 1.213 chancres observés.

Duplay et Reclus ne signalent qu'un cas d'accident primitif des fosses nasales pour 1.775 cas observés.

Stancanelli (statistique de la clinique dermo-syphilopathique de l'Université de Naples, 1880 à 1906) 1 seul cas sur 12.275 lésions primaires.

Si l'on réunit les statistiques de Bulkley, Munchheimer et Fournier, on voit que le chancre du nez représente environ 1,25 o/o des chancres extra-génitaux.

Or, dans la statistique générale de Fournier les chancres extra-génitaux figurent dans la proportion de 6,33 o/o, ce qui fait que le chancre du nez existe par rapport au chancre en général dans la proportion de 0,088 o/o. Les statistiques réunies de Jullien, Vignolo Lutati, Duplay et Reclus, Stancanelli donnent environ 0,063 o/o.

En résumé le chancre du nez existe dans la proportion de :

1,25 o/o par rapport aux chancres génitaux.

0,07 o/o par rapport aux chancres en général.

Il ne faut, d'ailleurs, attribuer à ces chiffres qu'une valeur relative, trop de causes d'erreur intervenant dans l'établissement des statistiques : il faudrait, en effet, réunir tous les cas de chancres du nez et les englober dans une statistique réunissant tous les chancres ou tout au moins tous les chancres extra-génitaux ; or ceci est impossible et les raisons sui-

vantes, données par Fournier pour les chancres extra-génitaux, peuvent s'appliquer en particulier aux chancres du nez :

1^o En raison de leur localisation insolite bon nombre de chancres échappent à l'attention du malade et restent ignorés. Outre la localisation, il faut aussi quelquefois faire intervenir le peu de symptômes subjectifs que ces chancres déterminent. Collinet dit : « Autant le chancre narinaire est tapageur et attire l'attention, autant celui des fosses nasales peut être discret au point de se laisser ignorer totalement. »

2^o Pour un certain nombre, on verra alors même qu'ils viennent à être soumis à un examen médical, qu'ils ne sont pas diagnostiqués chancres. Garel et Lermoyez ont insisté sur ces erreurs de diagnostic, fréquentes au début alors que les accidents secondaires ne sont pas encore venus préciser le sens des recherches.

3^o Parce que beaucoup échappent aux statistiques des syphiligraphes, attendu qu'ils sont drainés par les cliniques appropriées à leur siège. Garel prétend que le chancre est plus fréquemment observé par les oto-rhino-laryngologistes. Ce fait est discutable, souvent le diagnostic n'est fait qu'après la constatation d'accidents secondaires, et c'est pour eux que le malade vient consulter, considérant comme sans importance sa lésion nasale.

En résumé, il n'est pas téméraire de conclure qu'un grand nombre de cas doivent échapper à l'observa-

tion, et que les moyennes ci-dessus sont inférieures à la réalité ; sans toutefois qu'il soit possible de dire dans quelle proportion il faudrait les relever. Cette constatation n'enlève pas, cependant, au chancre du nez son caractère de rareté. Il nous suffira pour en donner une nouvelle preuve de citer la statistique suivante due à un oto-rhino-laryngologiste.

Le professeur Cozzolino, en quatorze ans, n'a observé que 3 chancres du nez. En vingt-huit mois sur 710 sujets atteints d'affections des fosses nasales qu'il observa, il n'en vit qu'un seul cas sur une femme, le second plus tard sur un Egyptien, et l'autre sur une femme de mœurs faciles.

Quelle est l'importance des chancres cutanés du nez par rapport aux chancres des fosses nasales. Les statistiques sont muettes sur ce point. Il semble que le chancre externe soit plus fréquent, si fréquent même que souvent les observations ne sont pas relatées. Chapuis, de Lyon, dans la *Gazette des hôpitaux* dit : Dans la seule littérature française, nous en avons trouvé un grand nombre, dont nous avons relevé la liste, mais dont l'énumération serait fastidieuse. Au contraire, la première remarque qui s'est dégagée de nos recherches, c'est l'extrême rareté du chancre induré des fosses nasales. Beaucoup de syphiligraphes, arrivés au bout d'une longue carrière, n'ont pas eu la bonne fortune d'en observer. »

DIVISION

Le chancre induré peut occuper soit le revêtement externe du nez, soit les fosses nasales ; d'où la division topographique suivante :

1° Chancre nasal externe ;

2° Chancre nasal interne.

Cette division est justifiée, d'ailleurs, au point de vue clinique : dans le premier cas c'est un chancre cutané comparable à tous les autres chancres cutanés ; dans le second cas, au contraire, c'est en général un chancre de la muqueuse déterminant en raison de son siège, des symptômes particuliers.

Ce second groupe en réalité pourrait se subdiviser. Les fosses nasales comprennent, en effet, deux parties très différentes : 1° Le vestibule possédant un revêtement cutané et 2° les fosses nasales proprement dites tapissées par une muqueuse : la pituitaire. En réalité, les chancres limités uniquement au vestibule sont rares, ils empiètent le plus souvent sur la muqueuse ; de plus, les symptômes observés tiennent beaucoup plus au siège et à la forme de la lésion qu'au substratum anatomique sur lequel elle repose.

Il est d'usage de joindre à l'étude des chancres du nez, celle des chancres du naso-pharynx. On a vu précédemment que cette variété de chancre avait pour ainsi dire à peu près complètement disparu ; nous en relaterons cependant un cas, dû à M. Lavielle,

intéressant par ce fait qu'on ne pouvait l'attribuer à un cathétérisme des trompes d'Eustache.

ÉTIOLOGIE

« L'étiologie du chancre de ces régions, dit Fournier, reste le plus souvent impénétrable et tout à fait mystérieuse. » Et ceci s'applique surtout au chancre nasal interne où la contagion est souvent indirecte, n'attirant pas, par conséquent, l'attention du malade. C'est dans ces cas qu'il faudra se renseigner sur les habitudes, les relations du malade, sur le milieu dans lequel il vit ; au besoin on fera porter l'examen sur les personnes de son entourage : parents ou enfants ; et ainsi on pourra quelquefois déterminer sinon l'étiologie, du moins l'origine de la contagion et faire quelques hypothèses.

La contagion peut être directe ou indirecte.

La contagion directe s'observe surtout pour le chancre externe, elle est souvent le résultat de pratiques anormales, le contact bucco-vulvaire en l'espèce (Hulot, Richard d'Aulnay, Legrand et Bertin). La morsure, en raison du traumatisme qu'elle détermine, favorise l'inoculation. Guignard rapporte le cas où un chancre du nez fut consécutif à une morsure au cours d'une rixe. Jeanselme cite aussi ce mode de contagion : « Parmi le monde des rôdeurs et des apaches, dit-il, les plaies par morsure ne sont pas rares. Plusieurs fois j'ai vu la syphilis être inoculée

par ce procédé au niveau des doigts, et des parties en saillie, telles que le nez, par exemple. » On se méfiera au cours d'un examen de gorge des projections de salive, cas qui fut observé chez un médecin, et que Guignard rapporte dans sa thèse. Spencer Watson rapporte un cas de chancre chez une nourrice qui se faisait sucer le bout du nez par son nourrisson. Il pourra en être de même quand la succion aura pour effet d'épancher le sang d'une petite plaie (Krelling).

Un père porteur de plaques muqueuses labiales et buccales détermina chez son enfant par le baiser, un chancre de l'orifice narinaire. Fournier a signalé la caresse linguale.

Plus souvent la contagion sera indirecte. Le rôle joué par le doigt a été signalé par tous les auteurs. On s'explique d'autant plus son rôle que la partie antérieure des fosses nasales est souvent le siège de petites lésions : folliculite, acné, impétigo, gerçures, etc., très désagréables et que le malade excorie avec l'ongle. Toutefois, il faut ajouter que si ces lésions favorisent l'inoculation elles ne sont pas absolument nécessaires ; certains auteurs admettent, en effet, qu'une muqueuse même saine peut être contaminée. Les doigts peuvent être souillés à la suite de soins donnés à une personne portant des lésions syphilitiques : tel paraît être le cas dans l'observation de Stancanelli, tel doit être aussi souvent l'origine du chancre intra-nasal chez les médecins (Fournier, Campbell), mais le plus souvent le doigt sera souillé

par des attouchements vulvaires (Jullien, Morel-Lavallée, Marfan), ayant quelquefois pour but d'éviter le coït dans la crainte d'une contamination génitale, (Fournier Guichard).

Il faut ensuite incriminer les objets dont l'usage est commun : objets de toilette, linge et en particulier le mouchoir. Celui-ci aura pu servir à essuyer des plaques muqueuses labiales (Horand, De Amicis) ou le plus souvent le nez d'un enfant en bas âge atteint de coryza syphilitique; et c'est à cette cause, semble-t-il, qu'il faut rattacher les nombreux cas de chancre du nez contractés par des personnes donnant leurs soins à des nourrissons étrangers (Blanc, Lapeyre, Garel).

Restent quelques cas de contaminations très rares, tels sont les cas de Higuet : usage commun d'une tabatière; ce fait a d'ailleurs été confirmé par Reboul; Hélot, où le chancre fut consécutif à un coup de fouet, mordillé habituellement par le charretier syphilitique.

Signalons enfin pour mémoire la contamination par instrument d'exploration. C'est au cathétérisme de la trompe d'Eustache que l'on a attribué la majorité des chancres du naso-pharynx observés; actuellement, par suite de la désinfection soigneuse des instruments, ces cas ont à peu près disparu. Quoi qu'il en soit, il faudra toujours penser à ces faits, il faudra notamment se défier du speculum nasi, du stylet explorateur; le nez, en effet, est aussi le siège de lésions secondaires (Tissier), on ne prendra donc

jamais trop de soins dans ces examens. Castex met d'ailleurs en garde contre ces cas. « Signalons, dit-il, la possibilité d'une inoculation par suite d'exploration nasale avec des instruments malpropres ou le cathétérisme de la trompe d'Eustache à l'aide de la sonde d'Itard infectée. »

CHANCRE NASAL EXTERNE

SIÈGE

Le chancre syphilitique peut occuper tous les points de la surface externe du nez. Il siège quelquefois à la racine du nez (Jullien, Laurent, Romanovsky), quelquefois aussi sur le dos du nez au niveau des os propres (Horand, Cozzolino), mais son siège de prédilection est l'extrémité inférieure du nez, soit à la pointe ou lobule (Legrand et Bertin, Fick, Fanoni, etc.), soit sur l'aile. Il peut occuper sur l'aile des niveaux différents : l'extrémité antérieure (Gaucher), le rebord, ou encore l'extrémité postérieure ou même le sillon naso-labial : dans ce cas il empiète souvent sur la lèvre supérieure (Froment et Rome).

Dans un cas enfin (Eudtliz) le chancre était situé à cheval sur la partie inférieure de la sous-cloison et pénétrait de part et d'autre dans chaque narine.

Le chancre nasal externe est en général unique, cependant Jullien relate le cas où le même malade était porteur de deux chancres du nez, un à la racine du nez, l'autre au lobule ; de plus, ces deux chancres coexistaient avec un troisième situé à la verge.

SYMPTOMES

Le début n'est généralement pas observé par le médecin. Le malade raconte qu'il a d'abord remarqué un petit mal auquel il n'a pas pris garde. Ce qui attire son attention c'est que peu à peu, loin de disparaître, il atteint un développement considérable, ce qui le décide à consulter un médecin.

L'incubation, dans les rares cas où l'étiologie a pu être précisée, ne diffère pas de celle du chancre en général, c'est-à-dire qu'elle est en moyenne de vingt-cinq jours (Romanovsky, Hélot, Jullien).

Il faut savoir que souvent lorsque la contagion est consécutive à un traumatisme, ce traumatisme peut, surtout s'il est minime, avoir complètement disparu avant l'apparition du chancre (Romanovsky).

Le chancre est caractérisé par une tumeur reposant sur une base indurée. Sa surface peut être recouverte d'une croûte brun jaunâtre ou noirâtre ; au-dessous de cette croûte est une ulcération lisse, couleur chair musculaire, à bords plats et dont les dimensions varient (allant des dimensions d'une pièce de 0 fr. 50 à celles d'une pièce de 2 francs). Le pourtour du chancre est généralement le siège d'un œdème rosé inflammatoire, œdème qui peut atteindre des dimensions considérables, s'étendant jusqu'aux joues, aux lèvres, à la paupière inférieure. Toutes ces régions sont alors infiltrées, tuméfiées, d'un rouge

intense, donnant la sensation d'un érysipèle (Thibierge).

Les ganglions sous-maxillaires, ou mieux sous-angulo-maxillaires, sont toujours augmentés de volume. Ils peuvent atteindre quelquefois des dimensions énormes qui attirent l'attention au détriment de la lésion primaire. Généralement indolent, ils peuvent cependant quelquefois être douloureux, ce qui semble dû aux infections secondaires, dont l'œdème des régions voisines du chancre est la preuve (1).

En plus de cette localisation ganglionnaire on a cité la tuméfaction des ganglions pré-auriculaires; des ganglions parotidiens, qui, s'ils sont volumineux et douloureux, peuvent, dit G.-L. Roy, en imposer parfois au malade pour des oreillons. Dans le cas de Romanovsky la tuméfaction ganglionnaire qui siégeait au début à la région sous-angulo-maxillaire, s'est dans la suite étendue, et il a trouvé des ganglions inguinaux.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de ces cas est relativement facile. Si au début on peut le confondre avec un bouton d'acné, plus tard avec un furoncle; à la période d'état, c'est-à-dire vers le huitième jour, les symptômes caractéristiques : tuméfaction, ulcération, induration

1. L'adénopathie siège du côté de la lésion, mais elle peut être bilatérale lorsque le chancre occupe le lobule du nez.

et adénopathie sous-maxillaire permettront d'affirmer la lésion primaire, sans qu'il soit nécessaire d'en attendre la confirmation par l'apparition d'accidents secondaires.

Quelquefois cependant l'adénopathie sous-maxillaire très volumineuse pourra seule retenir l'attention.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Legrand et Bertin, *Écho médical du Nord*, p. 21, 1908.)

Chancre du nez

J'ai l'honneur de présenter à la Société de Médecine (du Nord), au nom de M. Bertin et au mien, un malade porteur d'une lésion qui, quoique banale en elle-même, est intéressante par son siège et sa rareté relative. Il s'agit, comme on peut le voir, d'un chancre syphilitique du bout du nez avec tous les caractères de cette affection : lésion bien arrondie, couleur chair musculaire, non ulcérée et se posant sur une base indurée. Cet individu, ancien colonial, sans antécédents vénériens, sauf un écoulement indolore en juillet dernier, s'est aperçu, il y a trois mois, qu'il portait au bout du nez un bouton indolore qui ne tarda pas à s'ulcérer pour présenter, après quelques jours, l'aspect caractéristique du chancre infectant. L'application intempestive de pommade irritante donna lieu à de la rougeur diffuse de tout le nez avec épaississement du revêtement cutané, pouvant, au premier abord, prêter à confusion avec du lupus de cet organe. Ce n'est, d'autre part, qu'un mois et demi environ après le début de ce chancre que l'adénopathie satellite fit

son apparition ; d'abord sous-maxillaire unilatérale, cette adénopathie devint bientôt bilatérale, volumineuse, indolore. Il est intéressant de noter combien elle fut tardive contrairement aux idées de Fournier, qui insiste particulièrement sur la précocité de l'adénopathie dans les chancres du visage. Le malade que je vous présente accuse, d'autre part, de la céphalée quotidienne en casque, assez pénible. L'alopécie est chez lui peu accentuée. La roséole papulo-croûteuse est en pleine évolution.

On fit chez ce malade, après son entrée dans le service de M. le professeur Charmeil, une recherche de spirochètes qui fut positive. Soumis au traitement par l'atoxyl, la lésion, au lieu de rétrocéder, ne fit qu'augmenter. Actuellement après quelques séries d'atoxyl sans résultats, le malade est soumis à un traitement mercuriel.

Quoique l'étiologie dans des cas analogues soit le plus souvent accidentelle, elle paraît, d'après les aveux du malade, facile à retrouver.

OBSERVATION II

(Froment et Rome. Malade du service du professeur Lépine.)

(Journal des maladies cutanées et syphilitiques, 1908

p. 929.)

Il s'agit d'un homme de quarante-deux ans, porteur d'un chancre induré du nez. Cet homme, éthylique avéré, était entré à la clinique le 5 mai dernier, pour une hémiplegie alterne du type Millard-Gübler, avec hémianesthésie. L'hémiplegie était survenue trois jours auparavant d'une manière brusque.

A la suite d'excès un peu plus accusés que de coutume, le malade avait eu un ictus, bientôt suivi de paralysie. Celle-ci alla rapidement en s'améliorant, mais, vers les derniers jours de mai, le malade se plaignit de démangeaisons au niveau de la narine droite et on vit se développer en même temps sur l'aile du nez une ulcération étendue qui empiéta très rapidement sur la lèvre supérieure.

L'ulcération, à peu près indolente, recouverte de croûtes jaunâtres, avait un fond rouge, parfaitement lisse, ses bords présentaient une ulcération nette. Pendant le séjour du malade dans le service est apparu un ganglion sous-maxillaire induré qui faisait défaut lors de l'entrée. Pensant à une lésion spécifique, M. Lépine montra le malade au professeur Collet qui porta le diagnostic de chancre induré du nez.

Actuellement, l'ulcération est en voie d'amélioration. Elle a regressé et se limite au pourtour de la narine droite. L'adénopathie a diminué également, mais on sent encore un petit ganglion sous l'angle de la mâchoire à droite, et les bords de l'ulcération restent indurés. Depuis quinze jours, le malade est soumis au traitement mercuriel. On n'a pas encore constaté d'accidents secondaires.

OBSERVATION III

(Horand. Ancien chirurgien de l'Antiquaille. Lyon

Batut, article *de la Syphilis nasale*

in *Journal des maladies cutanées*, 1908, p. 181.)

Il y a trente ans environ, M. Horand est appelé à donner ses soins à un jeune enfant de huit ans, qui, étant en prome-

nade avec un de ses cousins, sous-officier colonial en congé, atteint en ce moment de syphilides secondaires buccales, tomba malencontreusement sur la face et se contusionna violemment le nez ; l'appendice nasal présente une plaie irrégulière saignant assez abondamment ; pour tarir l'hémorragie, l'obligeant cousin sort son mouchoir, l'humecte avec sa salive et frotte la plaie de l'enfant ; quelque temps après la plaie, loin de se cicatriser, s'indure, s'enfle en une sorte de cratère s'étalant largement sur une des faces latérales du nez au niveau des os propres ; on note en même temps une adénopathie sous-maxillaire volumineuse, puis bientôt apparaît l'éruption caractéristique, une roséole typique.

C'est à ce moment que le malheureux est conduit à M. Horand qui n'a pas de peine à reconstituer la filière des accidents et institue un traitement qui permet assez rapidement à la lésion ulcéreuse, du diamètre d'une pièce de 50 centimes, de rétrocéder et de se cicatriser.

OBSERVATION IV (Inédite)

(Malade du service du professeur Gaucher.

Fiche n° 21.355.)

M... L..., vingt ans, tapissier, vient consulter le 18 juin 1911, pour un accident primitif de l'extrémité du nez. Début il y a trois semaines. Adénopathie sous-maxillaire bilatérale, plus marquée à gauche. Entre à l'hôpital.

A l'examen, la lésion présente tous les caractères d'un chancre syphilitique, elle siégeait, au début, sur le rebord de la narine gauche (à sa partie antérieure), elle a tendance actuellement à envahir la pointe du nez. Ce chancre aurait

commencé sous la forme d'une petite écorchure recouverte d'une croûte noirâtre; maintenant la surface est rosée. Un peu d'œdème rosé inflammatoire autour du chancre et s'étendant à toute la partie gauche du visage qui devient asymétrique.

Adénopathies multiples, mais peu accentuées : 1° un ganglion dur, roulant sous le doigt, près de l'angle interne de l'œil, sous la paupière inférieure près de la caroncule, gros comme un pois; 2° d'autres ganglions plus nombreux, mais difficiles à percevoir, à cause de l'œdème qui gonfle les tissus sur la région massetérine; 3° enfin les plus importants se trouvent dans la région sous maxillaire, à ce niveau ganglions hypertrophiés avec péri-adénite.

Céphalée intermittente. Angine. Roséole discrète

Traitement. — Benzoate de mercure.

OBSERVATION V

(M. Fick, *American Journal of Dermatology*, etc.

Saint-Louis, 1908, p. 18-20.)

M^{me} X..., ayant un peu plus de soixante ans, présentait, quand elle vint me voir pour la première fois, une forte éruption syphilitique papuleuse bien nette, pas très abondante, mais généralisée, n'exceptant ni la face, ni le cuir chevelu. La pointe du nez était tuméfiée, infiltrée, d'un rouge sombre. Un examen attentif me convainquit bientôt que c'était le siège d'une lésion primaire. Cette affection avait précédé l'éruption de six semaines environ. La muqueuse nasale était depuis longtemps en mauvais état. Elle avait du catarrhe nasal et, de plus, des érosions

fréquentes de la muqueuse. Cette dame, très estimée et très bonne, au-dessus de tout soupçon, se consacrait au relèvement des femmes. Elle les visitait à l'asile et à la prison du comté pour les secourir et les encourager à sortir de la condition dans laquelle elles se trouvaient. Il est évident qu'elle recueillit quelques spirochètes sur ses doigts ou son mouchoir et les transporta ainsi à son nez près de la pointe.

OBSERVATIONS VI et VII

(Fanoni, *the Post graduate*, mars 1907 et *Journal of American medical Association*, 20 avril 1907.)

Dans un des 4 cas rapportés, c'était une ulcération chancreuse typique du bout du nez. Dans un autre cas le malade présentait une masse semi-lunaire épaisse, insensible et rouge, sur l'aile gauche du nez.

Les deux autres cas cités sont des chancres internes.

OBSERVATION VIII (Inédite)

(Malade du service de M. le professeur Gaucher.

Fiche n° 25.374.)

Le 17 juin 1912, Lucien B..., vingt-huit ans, découpeur, se présente à la consultation de l'hôpital Saint-Louis. Il est porteur d'un chancre syphilitique typique de l'extrémité antérieure de l'aile droite du nez, près de la pointe, avec adénopathie maxillaire droite. Cette lésion datait de six semaines. Autour érythème intense.

Sur le corps, éruption de roséole et de syphilides papuleuses.

Dans une consultation de chirurgie, le malade avait été traité par des applications de teinture d'iode et par la ponction du ganglion.

6 juillet. — Après 19 piqûres de benzoate de mercure, le malade est presque guéri, les accidents secondaires sont en voie de disparition.

13 juillet. — Le chancre est complètement guéri.

OBSERVATION IX

(Romanovsky, *Roussk. Vrach*, 10 juillet 1904.

La Syphilis. 1905, p. 60.)

Un cas rare d'infection syphilitique

Ouvrier de vingt-neuf ans, qui au cours d'une lutte avec un camarade, reçut une égratignure, qui donna lieu à une légère hémorragie. La petite plaie ne tarda pas à se couvrir d'une croûte qui se détache bientôt, et tout paraissait définitivement guéri, lorsque, au bout de trois semaines le malade remarque au même endroit la présence d'une ulcération. D'abord limitée, elle se développa rapidement, et comme elle ne manifestait aucune tendance à la guérison, le patient vint consulter. La blessure initiale datait alors d'un mois et demi ; l'ulcération siégeait sur le côté gauche de la racine du nez, dépassant quelque peu la ligne médiane à droite, elle présentait environ les dimensions d'une pièce de un franc, ses bords, surélevés et hyperthémiés étaient légèrement sclérosés. Les ganglions auriculaires antérieurs du côté gauche

étaient fortement tuméfiés et indurés ; les ganglions sous-maxillaires du même côté, surtout au niveau de l'angle du maxillaire inférieur, étaient augmentés de volume au point de former une seule tumeur assez grosse pour retenir l'attention au premier coup d'œil, enfin les ganglions sous-claviculaires et cervicaux étaient également hypertrophiés. L'aspect de l'ulcération, la tuméfaction ganglionnaire et les commémoratifs firent d'emblée soupçonner l'existence d'une lésion syphilitique. On pouvait, il est vrai, penser à un épithélioma cutané, mais les bords épaissis et infiltrés de la plaie, la présence d'une légère sécrétion purulente, le fond légèrement granuleux de l'ulcération, ainsi que l'âge du malade et le coup qu'il avait reçu militaient plutôt en faveur de la première hypothèse. Et, de fait, l'évolution ultérieure des accidents confirma pleinement le diagnostic : trois semaines environ après le premier examen, le malade présenta sur les flancs et les parties latérales du thorax, une roséole typique, en même temps qu'on voyait apparaître chez lui une angine spécifique, une papule ulcérée sur l'amygdale gauche et des plaques muqueuses sur les piliers du même côté. A ce moment l'adénopathie n'était, du reste, plus limitée aux ganglions avoisinant la lésion primitive, mais s'étendait à toute l'économie, et la palpation dénotait, en particulier, une pléiade inguinale des plus caractéristiques.

La roséole disparut après dix injections de benzoate de mercure à 1 o/o, les plaques muqueuses après la vingtième injection, et le chancre fut bientôt complètement cicatrisé.

OBSERVATION X

Communiquée par M. Lévy-Franckel (malade du service de
M. le professeur Gaucher. Fiche n° 15.705.)

M. B... Maurice, dix-sept ans. Vient consulter le 21 novembre 1909 pour un accident primitif de l'aile gauche du nez, existant depuis un mois et demi, avec adénopathie ganglionnaire sous-maxillaire. Il présente de plus des syphilitides papuleuses et acnéiformes depuis trois jours. Il entre à l'hôpital le 22 novembre. Le chancre de la narine gauche a les dimensions d'une pièce de 0 fr. 50, sa base est indurée.

27 novembre. — L'éruption secondaire est très nette, elle est surtout marquée à la face antérieure du tronc. Elle est composée de papules petites. Quelques rares éléments sur les membres. Roséole maculo-papuleuse. Rien dans la gorge. Rien dans les urines.

La narine gauche est très enflammée au voisinage du chancre, on fait des pansements humides.

Le malade nie toute contagion vénérienne directe.

OBSERVATION XI

(Eudlitz, *Bull. de la Société de Dermatologie et de Syphiligraphie*. Février 1895, p. 47.)

Chancre syphilitique de la sous-cloison du nez

C... A..., quarante-cinq ans, ménagère, entre le 5 février 1895, à l'hôpital Saint-Louis (salle Henri-IV, lit n° 33), pour une lésion de la sous-cloison du nez.

Toujours bien portante, elle est mariée et a eu six enfants vivants dont quatre sont morts en bas âge. Son mari est bien portant, d'après ce qu'elle nous raconte.

Il y a six semaines, elle a vu apparaître un petit bouton qui s'est développé et qui se présente actuellement de la façon suivante : une ulcération entonnant toute la largeur de la sous-cloison et pénétrant de part et d'autre dans chaque narine. Cette ulcération, aujourd'hui presque cicatrisée, est limitée par des bords nettement indurés. Il existe une adénopathie sous-maxillaire à droite et à gauche.

Notre diagnostic : chancre induré du nez, a été confirmé par l'apparition de syphilides papuleuses sur le tronc.

OBSERVATION XII

(*Revue médicale*, 1903, p. 494.)

Un cas rare de contagion de la syphilis, rapporté par M. Hélot à la Société normande d'hygiène pratique.

Un monsieur se promenant, reçoit sur le nez un coup de fouet d'un charretier ; la mèche du fouet produit une légère écorchure ; un mois après un magnifique chancre se développait à l'extrémité du nez du malheureux promeneur. On put retrouver le charretier, qui présentait des plaques muqueuses buccales et qui avait l'habitude de mordiller la mèche de son fouet.

OBSERVATION XIII

(Julien, *Traité des maladies vénériennes.*)

Un charretier avait reçu plusieurs blessures au nez ; ces blessures n'étaient pas encore cicatrisées lorsqu'il lui arriva de passer la nuit avec une femme sur laquelle il se livra, sans parler du coït, à des attouchements prolongés. Trois semaines plus tard il était affecté de trois chancres : un à la verge et deux au nez ; or, ces deux chancres étaient exactement localisés sur les points qui avaient été le siège des traumatismes.

CHANCRE NASAL INTERNE

SIÈGE

Le chancre nasal interne est celui qui est situé dans le vestibule narinaire, ou dans les fosses nasales proprement dites.

Rien n'empêche *a priori* de supposer que le chancre puisse siéger en un point quelconque de la muqueuse; en fait, on le trouve seulement dans le vestibule ou dans la partie antérieure des fosses nasales. Chapuis dit : « Le siège n'en est jamais bien profond. C'est au seuil même des fosses nasales, sur le revêtement interne de la narine, ou sur les parties les plus inférieures de la muqueuse, en un point le plus souvent accessible au regard direct, que naît d'habitude la petite élevation ou la petite ulcération initiale du chancre. C'est tantôt sur la paroi externe, tantôt, et le plus souvent sur la cloison, que débute la lésion primitive. De là elle gagne en étendue, en profondeur et en largeur, et prend quelquefois, comme chez le sujet que nous avons observé, la forme en couronne faisant le tour complet du bord de la narine.

De même Tissier : « Si l'on excepte quelques cas où la lésion siègeait à la face interne de l'aile du nez,

c'est-à-dire en une région revêtue d'un tégument cutané ; si l'on place à part les observations de chancre de l'orifice de la trompe d'Eustache, dont l'étiologie est toute spéciale, on voit que tous les faits de sclérose initiale furent trouvés au niveau de la cloison », mais il ajoute « cela ne démontre pas que les autres parties de la muqueuse ne puisse dans certaines conditions être le foyer original de l'infection.

Cette prédominance du chancre sur la cloison à 1 centimètre environ de l'orifice externe du nez, semble résulter du mode de contamination ; tous les auteurs (Chapuis, Tessier, Castex, Batut, etc.) ont insisté sur le rôle joué par le doigt souillé.

Mais à côté des cas peu nombreux où le chancre siégeait sur la face interne de l'aile du nez, et des cas très fréquents où il était sur la cloison, il en est d'autres intéressants par ce fait que le siège était beaucoup plus profond. C'est d'abord le cas de Gemy, où le chancre était situé sur la cloison à l'union de la portion osseuse avec la portion cartilagineuse, c'est-à-dire à plus de 2 centimètres de l'orifice externe du nez. C'est ensuite 4 cas où le chancre siégeait à la partie antérieure et inférieure du cornet inférieur. Cette localisation semble avoir été à peu près ignorée jusqu'ici. L.-G. Roy écrivait en 1903 « Le chancre nasal interne siège exclusivement sur la cloison, respectant toujours les cornets et la paroi externe des fosses nasales. » Castex qui écrivait la même chose en 1909 (*Oto-Rhino-Laryng.*, p. 91.

[*Traité de chirurgie Le Dentu-Delbet*] signale cependant cette localisation dans la suite (*Précis de Syphiligraphie*, vol. II), où il rappelle le cas de Brunon, qui est le premier (1900). Ce sont ensuite les cas de David (1905), Campbell (1906) et en dernier lieu Guichard (1907).

Nous avons relaté ces 4 cas intéressants, non pas par leur étiologie, qui ne diffère pas de celle des autres (c'est en général le doigt qui est la cause de l'infection), ni par leurs symptômes qui ne diffèrent pas de ceux du chancre de la pituitaire en général, mais plutôt par ce fait qu'ils siègent profondément et en un point où on n'a pas l'habitude de les rechercher. Brunon ajoute d'ailleurs à son observation les remarques suivantes : « Et certainement nombreux sont les chancres du cornet inférieur ou de la muqueuse pituitaire qui n'ont pas dû être reconnus. On examine d'ailleurs si rarement cet appendice au spéculum nasi; ce ne sont à vrai dire que les spécialistes qui ont recours à cet examen, et lorsque le malade se présente à eux, c'est qu'il a conscience de la localisation de son mal. »

Le chancre intra-nasal est pour ainsi dire toujours unique; dans un seul cas, dû à Mendel, il existait un chancre induré dans chaque narine. Gellé a rapporté le cas où le chancre de la pituitaire était accompagné de lésions initiales de la conjonctive.

SYMPTOMES

Les signes du chancre primitif intra-nasal, surtout les signes subjectifs, sont loin d'être caractéristiques; ils sont d'ailleurs variables, ce qui a permis à Tissier de distinguer deux types de chancres, suivant que les troubles fonctionnels ou subjectifs sont nuls ou peu marqués (type latent), ou, au contraire, franchement accusé (type sténosant).

Dans ce type le début est annoncé par une légère sensation de picotement, de démangeaison (Moure, Spencer Watson), plus souvent c'est de l'enchifrènement unilatéral (Dupond), du coryza, quelquefois même un catarrhe nasal violent avec sécrétion muco-sanguinolente. Les épistaxis sont fréquentes, et se renouvellent dès que le malade se mouche (Neugass, Batut, Gaucher et Giroux). En même temps, surtout dans la forme bourgeonnante du chancre, apparaît de la gêne respiratoire, une obstruction nasale qui lorsqu'elle est très marquée fait éprouver au malade la sensation d'un corps étranger, et il est alors possible qu'il constate par le toucher la présence d'une tuméfaction intra-nasale.

Quelquefois le nez est déformé, soit en totalité, soit en partie, du côté de la lésion. Il peut être tuméfié, infiltré, rouge, et cette tuméfaction peut s'étendre aux régions voisines: joues, régions malaïres, paupières, cou; simulant un érysipèle, comme dans les cas de Lapeyre, David, Stancanelli. Thibierge le premier a

signalé ce fait et lui a donné le nom de lymphite érysipelatoïde. Mais c'est plutôt une complication qu'un symptôme.

On note quelquefois des symptômes généraux : fièvre, courbature, abattement, amaigrissement : dans le cas de Stancanelli il existait des douleurs péri-articulaires intenses, erratiques, avec exacerbations nocturnes.

D'une façon presque constante les malades se plaignent d'une céphalalgie intense localisée à la moitié du crâne correspondant à la lésion ; avec exacerbation nocturne déterminant de l'insomnie.

Ces symptômes, on le voit, n'ont rien de bien particulier, il faut qu'ils soient très intenses pour être signalés par le malade ; le plus souvent, comme le fait remarquer Brunon, ils ne sont retrouvés que par l'interrogatoire du médecin, une fois le diagnostic établi.

Dans le type latent, qui doit être très fréquent et sur lequel tous les auteurs qui ont traité la question insistent : les symptômes peuvent être nuls, surtout si la lésion primitive est minime, comme dans la forme érosive. Collinet dit : « Autant le chancre narinaire est tapageur autant celui des fosses nasales peut être discret au point de se laisser ignorer totalement. »

Quelquefois des symptômes subjectifs ou fonctionnels existeront, mais ils seront très atténués, ce sera seulement un peu d'obstruction nasale, une gêne insignifiante de la respiration nasale, qui disparaîtront à l'aide de traitements anodins ou d'eux-

mêmes. La lésion primitive passera inaperçue au malade (Marfan), ou s'il la constate il n'attachera aucune importance à ce petit « bobo » (Morel-Laval-lée, Gaucher et Giroux). Le cas cité par Brunon représente un exemple très net de type latent.

Par contre, la constatation de la lésion primaire avec ses caractères; la présence d'un engorgement ganglionnaire sont très importants.

Le chancre au début n'a rien de caractéristique; à sa période d'état il peut se présenter sous différents aspects.

Le plus souvent l'accident initial est en saillie, il forme un mamelon, une sorte de tubérosité largement implantée sur la cloison, la face interne de la narine ou le cornet inférieur. Au sommet, ulcération pouvant atteindre les dimensions d'une pièce de 50 centimes, et dont les bords se continuent avec les parties voisines. Elle peut être recouverte de membranes grisâtres ou blanchâtres d'aspect diphtéroïde (Lenoble, Campbell, Blanc), mais le fond est couleur chair musculaire, comme vernissé, saignant facilement.

Cependant David a signalé les cas où il existait seulement une simple induration hypertrophique, sans ulcération. Ces cas constituent la forme papulo-hypertrophique ou néoplasique.

Quelquefois la lésion est formée par une perte de substance plus ou moins étendue, sans bords saillants, à fond rouge ou grisâtre, ne provoquant pas de douleur et saignant aussi facilement : c'est la forme

érosive observée par Neugass, Campbell, Morel-Lavallée.

Enfin, quand le chancre siège dans le vestibule des narines il peut revêtir la forme croûteuse ou impétigineuse ; au-dessous des croûtes on constate l'ulcération caractéristique.

L'induration quand elle peut être perçue constituera un signe important. Mais elle est souvent difficilement perceptible, souvent même impossible à constater.

Le retentissement ganglionnaire est aussi un excellent symptôme, il offre ici les mêmes caractères que partout ailleurs. Constamment les ganglions sous-angulo-maxillaires du côté de la lésion sont intéressés ; quelquefois il en est de même des ganglions parotidiens et pré-auriculaires. Ces ganglions sont durs, indolents, et leur volume peut être considérable. On a signalé quelquefois de la douleur, ce qui semble dû aux infections secondaires.

Rollet et Chapuis ont insisté sur la tuméfaction des ganglions avoisinant la grande corne de l'os hyoïde, Batut a constaté ce fait.

Dans certains cas l'engorgement ganglionnaire se généralise, il peut atteindre les ganglions sus-épitrochléens axillaires et inguinaux (Morel-Lavallée, Batut, Gaucher et Giroux, Stancanelli), rendant plus difficile la recherche de l'accident initial.

DIAGNOSTIC

On a vu précédemment le peu de valeur des symptômes fonctionnels ou subjectifs, d'autre part les signes objectifs ne sont pas toujours très nets. Quelques-uns sont même impossibles à constater. Enfin, si l'on veut tenir compte du siège insolite de la lésion, de sa localisation parfois profonde, de sa forme variable, on conviendra que le diagnostic sera souvent difficile à établir, et on admettra sans peine qu'il puisse être souvent erroné. Les difficultés varieront d'ailleurs avec les conditions dans lesquelles sera fait le premier examen : deux cas peuvent en effet se présenter :

1° Le chancre existe seul ;

2° Les accidents secondaires sont apparus.

Dans le premier cas le malade viendra consulter pour un symptôme fonctionnel ou subjectif prédominant : ce sera de la gêne respiratoire, de l'obstruction nasale, de la déformation du nez et des régions voisines, ou même la constatation d'une lésion à accroissement continu malgré le traitement mis en œuvre. Tous ces faits mettront sur la voie d'un examen nasal, la lésion constatée on en déterminera les caractères. Mais il faut bien savoir que c'est à ce moment que seront fréquentes les erreurs de diagnostic. « On pensera à tout, dit Garel, sauf à la syphilis : diphtérie, lupus, tuberculose, sarcome, viendront naturellement à l'esprit ; on songera bien

parfois à une lésion tertiaire, mais rarement à une lésion primitive. »

Le plus souvent, surtout dans la forme en saillie, c'est avec un épithélioma ou une gomme que l'on confondra le chancre. Pour éviter toute surprise, dit Dupond, il faudra se rappeler que les lésions avec saillies bourgeonnantes sanieuses limitées à la cloison sont rares. Dans le chancre le siège est circonscrit, la lésion a une dureté cartilagineuse et évolue rapidement avec une adénopathie ganglionnaire plus ou moins considérable. Dans les tumeurs malignes l'ulcération est tardive, les épistaxis abondantes et fréquentes, l'engorgement ganglionnaire plus tardif et moins volumineux.

Les accidents tertiaires ont une prédilection marquée pour le squelette osseux, les os propres du nez sont douloureux à la pression; tandis que le chancre est indolore. Ils sont plus diffus, moins bien circonscrits, ils évoluent plus lentement et ne déterminent pas d'adénopathie considérable; l'ulcération est plus profonde, la perte de substance plus marquée.

La forme érosive présente une certaine analogie avec le lupus et les ulcérations tuberculeuses de la pituitaire, mais dans le lupus ce sont des élevures molles, l'adénopathie n'est pas constante, l'évolution est très longue.

La forme croûteuse pourra être confondue avec l'impétigo, mais celui-ci est généralement disséminé, au-dessous des croûtes on ne retrouve pas l'ulcération caractéristique du chancre.

La présence de membranes grisâtres ou blanchâtres ont pu quelquefois faire croire à une rhinite fibreuse ou une diphtérie nasale.

Garel a insisté sur la fréquence de ces erreurs ; il en a cité plusieurs cas : gomme, tumeur dont il fit l'ablation. Le cas cité par Lermoyez est encore plus probant, après avoir porté plusieurs diagnostics il s'était arrêté à celui de tumeur maligne et allait intervenir en raison de l'extension de la lésion ; lorsqu'apparurent des accidents secondaires. Ce fait est d'ailleurs fréquent, leur constatation permet de préciser un diagnostic hésitant ou erroné ; ou de le confirmer dans le cas très rare où il a été établi d'emblée.

Le plus souvent les malades se présenteront porteurs de lésions secondaires indices d'une syphilis récente. Le problème consistera alors à rechercher la lésion initiale. Cette recherche sera facile si le malade accuse quelques symptômes fonctionnels ou subjectifs du côté du nez. Sinon il faudra rechercher l'adénopathie symptomatique. La constatation d'une adénopathie sous-angulo-maxillaire, accompagnée de ganglions parotidiens ou pré-auriculaires, et surtout de ganglions péri-hyoïdiens comme l'ont démontré Rollet et Chapuis et dans la suite Batut, déterminera à faire un examen nasal, on ne se contentera pas d'un examen superficiel, mais on emploiera le speculum nasi, le chancre pouvant être situé profondément.

Dans quelques cas enfin, il faut le savoir, ces

recherches pourront être infructueuses, soit en raison de la généralisation ganglionnaire, soit enfin, comme l'a constaté Garel, que la lésion a complètement disparu.

La lésion constatée il faudra en déterminer les caractères : siège, forme, aspect, induration. L'unilatéralité est un bon signe de présomption. On a indiqué de même, en faveur de la syphilis (Renault, Castex), le fait que la muqueuse tuméfiée ne se rétracte pas après un badigeonnage à la cocaïne ou à l'adrénaline.

Il sera bon de faire une recherche des spirochètes à l'ultra-microscope et au besoin faire une réaction de Wasserman.

Si l'on hésite avec une tumeur on pourra prélever une parcelle de la lésion pour un examen histologique.

I. — Localisation au cornet inférieur

OBSERVATION XIV

(Par M. le Dr P. Brunon, de Firminy.)

Journal des maladies cutanées et syphilitiques,
1903, p. 187.)

*Chancre syphilitique du cornet nasal inférieur chez un
enfant de sept ans*

Le diagnostic de syphilis n'est souvent porté dans les premières phases de la maladie qu'après la constatation des accidents secondaires. C'est alors seulement qu'on recherche l'accident primaire,

d'ordinaire facilement retrouvé, mais quelquefois très difficile à dépister. Nous publions cette observation pour donner une idée de cette difficulté et attirer l'attention sur une localisation du chancre excessivement rare, du moins très rarement noté, puisque dans nos recherches antérieures, pour notre thèse inaugurale, nous n'avons pu découvrir aucune observation de cette localisation bien précise.

A la fin de janvier 1900 je suis appelé auprès d'un enfant de sept ans, chétif, malingre, présentant un état de courbature généralisée et d'anorexie ; mon attention est attirée sur de grosses adénites de la région sous-maxillaire gauche ; pas de douleur à la palpation. Je ne trouve aucune inflammation dans la bouche ni sur les amygdales. Rien aux oreilles ni au cuir chevelu. Le nez n'offre rien de particulier extérieurement. La déglutition n'est pas douloureuse. Le diagnostic de scrofulose me paraît évident. Quelques jours après, un de nos confrères à qui l'enfant est conduit affirme aussi ce diagnostic : l'enfant tousse un peu. On conseille à sa famille le séjour au bord de la mer dans le Midi.

Trois semaines après mon premier examen, je revois l'enfant : les adénites de la région sous-maxillaire gauche ont légèrement augmenté de volume ; à droite les ganglions sont à peine sensibles. Mais sur le front du petit malade, une éruption papuleuse, de petites élevures très rouges attirent mon attention. Je prononce malgré moi le mot de *corona veneris*. J'examine la bouche et je découvre une petite plaque blanchâtre sur la gencive et s'étendant légèrement sur la muqueuse au niveau de la prémolaire inférieure gauche. J'ai

hâte de poursuivre mon examen et de préciser un diagnostic que combattent mon étonnement et l'âge du petit malade. Sur le thorax, en avant et en arrière, une éruption papuleuse très marquée, roséole magnifique impossible à méconnaître. Au scrotum, une petite plaque de la grosseur d'un grain de millet. Rien autre sur les organes génitaux, rien à l'anus. Mon exploration générale terminée, le diagnostic de syphilis s'impose et m'apparaît avec évidence. Mais quelle est la porte d'entrée de la maladie ? Je ne puis qualifier de chancre l'érosion gingivale indurée et les bords ne sont pas taillés à pic, etc. D'ailleurs, je n'avais rien remarqué à mon premier examen et les ganglions témoins de l'infection existaient déjà.

A la mère, qu'on ne peut soupçonner d'être l'auteur de la contamination, je fais part de mon étonnement et de mes regrets à être obligé de lui dire que son enfant est atteint d'une maladie rare à son âge et plutôt acquise par des moyens de contamination qu'on ne peut soupçonner si jeune. Quelques instants après, le père, absolument stupéfait de mon diagnostic, vient se soumettre à mon examen pour se disculper de toute idée de contagion de sa part. Je ne lui trouve aucune trace de vérole, ni récente, ni ancienne. Malgré mon incertitude sur la porte d'entrée et sur l'origine de la contamination, je maintins mon diagnostic, et pour enlever toute indécision dans l'esprit de ces parents désolés, comme pour les obliger à accepter sans regret un traitement spécifique, je leur conseille de consulter un de mes anciens maîtres, M. le Dr Cenac, spécialiste pour ces maladies. Ce praticien, très distingué, médecin des hôpitaux, est absolument confirmatif du diagnostic de syphilis à la période secondaire, mais il

reste perplexe sur la porte d'entrée de la maladie : ne trouvant rien d'autre, il hésite devant l'érosion de la gencive.

Cependant quelques jours se passent, et les parents sont toujours inquiets d'éclaircir le double problème de l'origine et de la porte d'entrée du mal. En examinant de nouveau l'enfant, je remarque que les glandes sous-maxillaires gauches ne sont pas seules prises. Je trouve un ganglion de la grosseur d'une grosse noisette au niveau de l'os hyoïde gauche. Celui de droite est moins gros mais assez apparent. Cette constatation me remémore immédiatement les remarques anatomiques sur lesquelles j'ai insisté dans ma thèse : ces ganglions sont tributaires des lymphatiques de la muqueuse p tuitaire. J'interroge les parents sur les symptômes que l'enfant aurait pu présenter du côté du nez ; ils m'avouent qu'au moment de la première visite l'enfant souffrait d'un coryza très net ; qu'ils avaient remarqué plusieurs fois sur son oreiller un écoulement muco-sanguinolent auquel ils n'avaient pas accordé d'importance, mais que l'enfant n'avait pas eu d'épistaxis vraie, qu'il avait présenté de la difficulté de respirer par le nez, que pendant la nuit, il ronflait, contre son habitude ; que d'ailleurs, à ce moment-là, l'enfant était très agité pendant la nuit, qu'il avait de l'insomnie et qu'il se plaignait de céphalée. Je fis immédiatement l'examen du nez au spéculum. Ainsi que je l'ai déjà noté, pas de croûtes impétigineuses autour des narines, pas d'inflammation extérieure. Mais à 1 cm. 1/2 environ de l'orifice nasal, en écartant légèrement le cornet inférieur qui était venu s'adosser à la cloison médiane, je découvre sur ce cornet une petite ulcération en saillie d'un rouge très vif, les bords assez bien taillés à pic et d'un demi-centimètre

carré environ de grandeur. A la partie correspondante de la cloison, je ne découvre qu'un peu de rougeur et de tuméfaction que j'attribue au contact de l'ulcération de la face convexe du cornet, mais pas de discontinuité des tissus. Il m'est difficile de constater l'induration de cette ulcération. Dans la narine droite rien de particulier, si ce n'est une légère déviation à droite de la cloison médiane. Il n'y avait plus de doute, cette petite écorchure était bien un chancre syphilitique du cornet nasal, c'était là le point d'entrée de la maladie. Pour compléter mon examen anatomique je recherche si le ganglion axoïdien, lui aussi tributaire de la muqueuse nasale, est engorgé. Je ne constate en enfonçant le doigt dans le cavum aucune tumeur de ce genre, mais cet examen est si pénible pour le malade que je n'insiste pas, et je ne pourrais affirmer l'intégrité de ce ganglion.

Mon petit malade fut examiné à nouveau par M. le Dr Cenaz qui reconnut le chancre et fut tout à fait de mon avis que la porte d'entrée de la vérole était bien le cornet de la fosse nasale gauche, et que les accidents secondaires étaient venus ensuite à la période habituelle.

Cette découverte amena de la part des parents des révélations complémentaires qui jetèrent un jour complet sur le mode de contamination de notre petit malade. Ce fut pour eux une réelle satisfaction et un soulagement dans leur inquiétude, car si nous constatons journellement que la curiosité, bien légitime d'ailleurs de nos malades et souvent embarrassante pour le médecin, se porte non seulement sur la nature de leur mal, mais aussi sur sa cause et son origine, il existait pour les parents de mon petit malade une raison bien importante pour piquer leur curiosité sur ces points.

L'enfant avait la déplorable habitude, si commune d'ailleurs, de se gratter et de se mettre les doigts dans le nez : c'était sans doute par besoin, mais par amusement alors, pour jouer à l'éléphant, comme il l'avouait naïvement lui-même, il introduisait dans son appendice nasal toutes sortes d'objets, porte-plumes, crayons, pointes, morceaux de bois, etc., à la promenade les petits cailloux arrondis qu'il pouvait ramasser lui servaient souvent à se boucher les narines.

L'étiologie et la pathogénie de l'infection étaient dès lors assez faciles à reconstituer ; nul besoin de rechercher dans la famille ou dans l'entourage, l'origine de la contamination.

OBSERVATION XV

(Ch. David, *la Syphilis*, février 1905, p. 125.)

Il s'agit d'un homme de quarante-deux ans, exerçant la profession de palefrenier, entré dans notre service le 7 novembre 1904.

Le 20 octobre, le malade a été pris d'une céphalée assez vive occupant les régions frontale et temporale et d'intensité plus considérable la nuit, où elle empêchait le malade de dormir. A peu près en même temps se développe à l'angle gauche du maxillaire inférieur une tuméfaction qui atteint rapidement le volume d'une bille ; tuméfaction dure, indolente, sans inflammation des tissus voisins. Le malade n'avait à ce moment aucune affection de la cavité buccale pouvant expliquer l'apparition de cette tuméfaction.

Celle-ci se développe très rapidement et en sept à huit jours atteint les dimensions d'un gros œuf de pigeon. Le

malade en éprouve plutôt une gêne qu'une véritable souffrance.

Vers la fin d'octobre, c'est-à-dire huit à dix jours après le début de la maladie, le sujet s'aperçoit qu'il ne peut plus respirer de la narine gauche qui est complètement obstruée. Il n'y a pourtant pas de coryza, en ce moment les deux narines sont sèches. Ce n'est que quelques jours plus tard qu'un coryza assez intense se déclare. Pas de douleur du côté du nez ou du sinus maxillaire. L'état général est excellent, l'appétit conservé, toutes les fonctions sont régulières. Cependant, inquiet de voir que la tumeur sous-maxillaire conserve son volume et que les phénomènes du côté de la narine ne rétrocedent pas, le malade entre à l'hôpital.

8 novembre. — A l'examen, ce qui frappe d'abord c'est une tumeur située au-dessous de l'angle gauche du maxillaire inférieur, ayant le volume d'un gros œuf de pigeon, très dure, indépendante de la peau, qui glisse facilement sur elle et qui n'est pas enflammée ; elle est absolument indolente. Cette tumeur vient au contact du bord inférieur et de la face interne du maxillaire inférieur, sur les trois quarts postérieurs de la branche horizontale, si bien qu'au premier abord il semble qu'elle dépend de cet os. Mais un examen plus approfondi montre qu'elle en est indépendante et que c'est là très probablement une masse ganglionnaire.

En outre, il existe une rougeur diffuse du côté gauche de la face, surtout marquée sur la partie interne de la joue, le dos du nez et la partie inférieure du front ; cette coloration n'est pas très accentuée et donne au patient l'aspect d'un érysipélateux à la période de déclin. On remarque en plus que la narine gauche est élargie ; l'aile du nez est déjetée en dehors.

En pratiquant la rhinoscopie, on voit que la muqueuse nasale est très tuméfiée, et en regardant profondément, on découvre une saillie qui l'obstrue complètement. Celle-ci est de coloration rouge vif, luisante, elle offre au toucher une consistance cartilagineuse ; elle a la forme d'une demi-bille ou d'un gros bouton dont la face convexe vient s'appuyer sur la cloison. Si on essaye d'en faire le tour avec un stylet on découvre que sa base est implantée sur la partie inférieure du cornet inférieur de la fosse nasale. L'examen le plus attentif ne permet de découvrir à sa surface aucune ulcération.

Elle est également tout à fait indolore à la pression.

L'examen des autres muqueuses et du revêtement cutané ne présente rien de particulier. Le malade est apyrétique.

L'examen des différents viscères est également négatif.

Le malade nie avoir jamais eu la syphilis et on ne retrouve chez lui aucun antécédent syphilitique.

12 novembre. — Les phénomènes précédents n'ont pas changé sensiblement ; mais on découvre sur le corps une éruption présentant tous les caractères de la roséole syphilitique.

L'éruption très abondante sur le dos est discrète au niveau de l'abdomen, des flancs et du thorax. Le doute n'est donc plus permis. Nous nous trouvons en présence d'une syphilis secondaire et la porte d'entrée du virus syphilitique a été la muqueuse du cornet nasal inférieur.

18 novembre. — Apparition dans le pharynx, sur les amygdales et le bord libre du voile du palais, de plaques muqueuses typiques. La roséole est déjà en voie de dispari-

tion ; la tumeur ganglionnaire a peu diminué, mais l'induration nasale est stationnaire.

A la suite du traitement tous ces phénomènes rétrocédèrent rapidement.

OBSERVATION XVI

(Dr André Guichard, médecin aide-major de 2^e classe de Bordeaux. *Revue hebdomadaire de laryngologie*, etc., 28 septembre, 1907, p. 375.)

Chancre du nez. — Synéchie de la cloison et du cornet inférieur et obstruction du canal nasal consécutives

Le soldat T. . . , du 14^e bataillon d'artillerie à pied, entre à l'hôpital militaire de Bordeaux le 17 avril 1907, pour *dacryocystite de l'œil droit et obstruction de la fosse nasale du côté correspondant*. Son affection avait débuté au mois de juillet 1906, par des douleurs vagues dans la fosse nasale droite. Il fut visité à ce moment par un médecin et fit un séjour dans une clinique particulière.

L'absence d'antécédents syphilitiques, l'examen de la lésion et l'apparition, au bout de quelques semaines, d'accidents secondaires firent porter le diagnostic de *chancre de la partie antérieure du cornet inférieur du côté droit*. Le traitement mercuriel fit disparaître rapidement ces accidents, mais au bout de cinq à six semaines survint de l'épiphora à droite. Le malade ne s'en préoccupa nullement, entra au service au mois d'octobre et continua son traitement mercuriel.

Ce n'est que le 16 avril 1907 que, se trouvant gêné par son affection, il se présenta à l'infirmerie d'où on l'éva-

cua sur l'hôpital de Bordeaux pour une intervention.

A son entrée, le malade se trouve en pleine période d'accidents secondaires. La voix est nasonnée et on remarque à droite un épiphora continu. Le point lacrymal est étroit, mais permet cependant le passage de la sonde n° 1. On se trouve arrêté vers la partie inférieure du canal nasal.

Ducôté du nez on remarque une hypertrophie du cornet inférieur gauche et à droite une synéchie étendue de la partie antérieure du cornet inférieur avec la cloison. Celle-ci est fortement déviée par la rétraction cicatricielle. L'inspiration est impossible par la narine droite.

La synéchie se prolonge en arrière et réduit à un tout petit orifice le méat inférieur. On ne trouve rien à signaler dans le reste du naso-pharynx, du côté de l'oreille et de la trompe d'Eustache.

Le début se produisit vingt-cinq jours après des attouchements, sur une femme suspecte, non accompagnés de coït.

La verge ne présentait, du reste, pas de trace de cicatrisation.

OBSERVATION XVII

(Dr James Campbell, de Chicago, *Annales of otol. rhinol. and Laryngoll*, juin 1906.)

(Traduit dans *Revue hebd. du Larynx*, etc., 1907,
23 février, p. 231.)

A case of primary syphilitic infection in the nose

Chancre du nez

Deux mois après avoir circoncis un malade atteint de chancre induré, un médecin ressentit de la plénitude de la

narine droite, de la céphalalgie frontale du même côté ; malaise, anorexie, frissons, constipation. Le 28 décembre, l'auteur trouva une nécrose superficielle de la muqueuse qui couvrait l'extrémité antérieure du cornet inférieur droit ; il existait une fausse membrane qui, enlevée, laissait voir une surface ulcérée et saignante. L'adrénaline, la cocaïne n'ont aucune action constrictive, Il y a du larmolement à droite ; ganglion sous-angulaire droit. On se contente de faire des pulvérisations alcalines, nasales, suivies de pulvérisations à l'eau oxygénée. Le 8 janvier, roséole qui fait diagnostiquer la syphilis. Traitement par les frictions mercurielles. Guérison.

II. — Chancre profond sur la cloison

OBSERVATION XVII (*bis*)

(Gémy, professeur à l'École de médecine d'Alger. *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 1890, p. 371.)

Chancre de la cloison du nez, à l'union de la portion osseuse et de la portion cartilagineuse

A... Joseph, vingt-sept ans, né à Alger, d'origine espagnole, entre le 7 décembre 1889, dans le service de la clinique des maladies, syphilitiques et cutanées, se plaignant de ne pouvoir respirer par la narine gauche.

La région parotidienne et sous-maxillaire gauche est occupée par un paquet de ganglions volumineux roulant sous le doigt.

Dans la même région, à droite, il n'y a rien.

Les narines sont pulvérulentes, surtout à gauche, et le pourtour est occupé par une éruption pseudo-vésiculeuse.

En examinant la narine gauche on voit qu'elle est obstruée par une lésion dont nous parlerons tout à l'heure.

En découvrant le corps, on constate une éruption confluente, qui occupe tout le tronc, les membres supérieurs et les membres inférieurs. Cette éruption est constituée par des papules de la dimension d'une petite lentille à une pièce de 0 fr. 50 et d'une coloration jambon cru. Le diagnostic n'est pas douteux, c'est une syphilide papuleuse.

Les cheveux tombent en grande quantité et les ganglions cervicaux postérieurs sont développés.

La verge est recouverte de quelques papules de même nature que celles du tronc ; le malade est atteint d'un phymosis congénital et on ne constate aucune trace d'accident primitif.

Dans les aines quelques petits ganglions de la grosseur d'un pois. Rien à l'anus. A la bouche, sur la lèvre supérieure et à droite, larges plaques muqueuses. Rien sur les amygdales, le voile du palais et la langue.

Interrogé sur ses antécédents vénériens, le malade affirme non seulement n'avoir jamais eu de maladie vénérienne, mais même n'avoir jamais vu de femme. Cette affirmation est reproduite plusieurs fois avec une sincérité qui ne laisse pas place au doute.

En recherchant donc, où a pu siéger l'accident primitif, car il est certain qu'il ne siégeait ni à la verge, ni à l'anus, ni à la langue, ni à l'amygdale, ni aux lèvres, nous sommes conduit à porter notre attention sur la lésion que nous avons constatée du nez.

A l'examen simple, c'est-à-dire sans le secours du rhinoscope, nous constatons à la partie moyenne de la cloison une

tumeur d'un rose pâle, recouverte de taches blanches produites évidemment par la modification de l'épithélium ; cette tumeur proéminente obture complètement la fosse nasale de ce côté et empêche la respiration. L'extrémité des deux petits doigts introduite dans les fosses nasales permet de constater une induration.

Examinée au rhinoscope, la lésion siège au niveau de l'union de la portion osseuse et de la portion cartilagineuse de la cloison. Elle est oblique de bas en haut et d'avant en arrière ; elle présente un bord surélevé qui la circonscrit, mesurant dans son aire : 0 m. 015 de long sur 0 m. 01 de large ; l'aspect est celui qu'a offert le premier examen.

En introduisant une sonde, on franchit difficilement la tumeur pour pénétrer plus profondément dans les fosses nasales ; on y parvient cependant sans faire saigner la tumeur.

L'éruption vésiculeuse du pourtour de la narine est incontestablement produite par la sécrétion, peu abondante, qui vient de cette tumeur.

Rien à la narine droite.

Le diagnostic s'impose donc : chancre syphilitique de la cloison du nez.

Traitement. — Deux pilules de bi-chlorure de mercure. Pansement au calomel.

Dans les jours qui suivent, la lésion de la cloison du nez s'affaïsse, la cicatrisation commence à son pourtour circonscrivant une légère ulcération grisâtre. Le malade commence à respirer par cette narine.

5 janvier. — L'induration seule persiste, il n'y a plus d'ulcération et la respiration se fait avec la même facilité des

deux côtés. L'éruption papuleuse a disparu, ne laissant qu'une pigmentation foncée.

III. — Autres localisations intra-nasales

OBSERVATION XVIII

(Siems et Rajat, *Bulletin de la Soc. méd. des Hôpitaux de Lyon*, 18 juin 1907, p. 270.)

Chancre syphilitique des fosses nasales

M. X..., vingt et un ans, garçon de café, se présente à notre visite le 21 juin 1907, porteur d'une affection du nez. Jusqu'à cette date il n'a pas eu de maladie vénérienne, sauf une blennorrhagie il y a huit ans. Ce jeune homme a vécu, raconte-t-il, avec une femme qui, au mois de septembre 1906, avait présenté une éruption, probablement une roséole. Jusqu'au mois de mai dernier, il eut une bonne santé ; les premiers jours du mois, sans qu'il puisse préciser la date, il a commencé à ressentir une gêne de la respiration nasale avec une tension dans la fosse nasale gauche, et par l'exploration digitale il a pu se rendre compte de la présence d'un bouton. A cette époque, le malade se souvient d'avoir souffert de névralgies céphaliques et sus-orbitaires.

Un mois environ après le début de l'affection actuelle on est frappé, à l'inspection, de l'asymétrie de la face, on voit nettement un gonflement partir des os propres du nez et s'étendre vers la région jugale. La région latérale du cou est empâtée.

En palpant cet œdème diffus on a nettement, au niveau du nez, la sensation d'une tumeur indurée cachée dans la

fosse nasale. Dans la région du cou on constate des masses ganglionnaires hypertrophiées, parmi lesquelles on distingue un gros ganglion induré dans la région sous-maxillaire. On décèle également des ganglions préauriculaires, ainsi que le gonflement du ganglion préaxoïdien et du ganglion de la grande corne de l'os hyoïde tribulaire, on le sait de la muqueuse pituitaire.

A l'examen rhinoscopique on constate que l'entrée des fosses nasales est couverte de mucosités blanchâtres, au-dessous desquelles on voit s'élever une tumeur ulcérée à contours irréguliers, à bords à peine tranchants, laquelle tumeur au toucher laisse suinter un liquide séro-sanguinolent. Cette tumeur masque totalement la fosse nasale. Après nettoyage et introduction d'un tampon à la cocaïne à 1/10, la muqueuse ne se rétracte pas, on constate une rougeur uniforme laissant transsuder au moindre contact le liquide séro-sanguinolent dont nous venons de parler.

L'examen de la cavité buccale nous montre des plaques muqueuses aux commissures des lèvres, des amygdales hypertrophiées, surtout la droite, et couvertes de placards gris sale, caractéristiques, qui ne laissent aucun doute sur leur nature, des traînées de muco-pus venant du cavum tapissent la muqueuse du pharynx couverte çà et là de plaques muqueuses.

L'examen rhinoscopique est impossible, étant donné la sensibilité particulière du malade.

A l'examen du tronc et des membres, on constate une éruption légère, discrète de roséole, plus visible au niveau du creux épigastrique. Sur la verge, dans la région balano-

préputiale se trouvent quelques plaques muqueuses ; sur les bourses les plaques muqueuses sont très abondantes.

Après raclage du chancre et frottis du muco-pus sur lames colorées au liquide de Giemsa, on constate au microscope quelques diplocoques et d'assez nombreux tréponèmes typiques.

On soumet le malade au traitement mercuriel : pilules de protoiodure de mercure et pommade au calomel pour la lésion spécifique.

17 juin 1907. — Après quelques jours de traitement, on constate la rétrocession de l'œdème de la face, la narine devient plus perméable, les plaques muqueuses de la bouche et des organes génitaux disparaissent après attouchement au nitrate d'argent. Amélioration très nette sous l'influence du traitement mercuriel et confirmation du diagnostic porté de chancre syphilitique des fosses nasales.

OBSERVATION XIX

(Neugass, Association des laryngologistes allemands, 8 juin 1908. *Zeitschr. f. Laryng. Rhino*, etc. Fasc. III, 1908.)

Chancre syphilitique de la cloison nasale

Le diagnostic dans ce cas ne fut porté que lors de l'apparition de la roséole. Il s'agissait d'un malade âgé de vingt-deux ans, qui disait avoir saigné depuis quelque temps du nez lorsqu'il se lavait et lorsqu'il se mouchait.

On trouve à droite, sur le septum cartilagineux, une ulcération grande comme une pièce de dix sous, elle est située

dans la zone qui est en général le siège des excoriations si fréquentes dues au grattage de l'ongle. On ne constatait pas d'adénopathie sous-maxillaire et sous-mentale bien marquée.

OBSERVATION XX

(Batut, médecin-major de 1^{re} classe de l'Hôpital militaire de Bordeaux. *Journ. des mal. cut. et syphil.*, 1908, p. 178. — *De la Syphilis nasale.*)

Chancres primitifs de la cloison. — Accidents secondaires consécutifs

Le canonnier T..., du 14^e d'artillerie, entre à l'Hôpital militaire de Bordeaux le 22 août 1906 pour végétations adénoïdes, il est opéré le 23 sans incidents. Il se plaint depuis plusieurs mois de difficulté à respirer, principalement par la narine droite. A l'examen, on note sur la cloison, une saillie formée par une masse localisée de la grosseur d'un gros pois, en bas et à droite sur le sillon latéral où s'implante le vomer sur l'apophyse palatine, à 1 centimètre de l'orifice de la narine correspondante; la masse est dure, ulcérée au centre, sécrétant peu, non papillomateuse, en contact en dehors avec le cornet moyen, qui s'appuie sur elle et masque aussi le fond de la fosse nasale et ne permet pas d'examiner par là le pharynx. Absence de phénomènes généraux, céphalée, arthralgie, myalgie, anémie, adénopathie généralisée.

M. Brindel, auquel on montre le malade, porte le diagnostic de gommesyphilitique. Nous examinons le malade pour la première fois le 21 septembre; il existe une déviation

prononcée de la cloison à gauche, à laquelle correspond également à gauche un sillon rentrant très marqué ; la masse droite n'est pas ulcérée, elle est dure, indolente, ne suinte pas, remplit le quart inférieur de la fosse et paraît intéresser uniquement la muqueuse de la cloison qui est intacte au point correspondant de la face gauche du vomer ; pas de lésion de rhinite hypertrophique, cependant le cornet moyen gauche est volumineux ; à l'entrée de la narine gauche, sur l'emplacement des vibrices et en dedans vers la cloison, ulcérations superficielles, ne dépassant guère la cloison, saignotante. Alopecie ancienne, se rattachant plutôt à de la séborrhée du cuir chevelu, ganglions sus-épitrocléens des deux côtés, adénopathies axillaires profondes, cervicales, bilatérales et inguinales légères ; en même temps roséole papulo-érythémateuse généralisée au tronc et à l'abdomen, principalement au tronc où l'on note la présence de trois ou quatre syphilides croûteuses dispersées de la grosseur d'un pois : la roséole est plus discrète sur les membres ; rien aux lèvres, à la langue, au voile du palais ; bon état général, absence de céphalée.

Nous pensons à une lésion initiale entraînant une chondrite spécifique du vomer. Nous prescrivons une pommade de cocaïne 0 gr. 10, menthol 0 gr. 10, vaseline 10 grammes, et faisons prendre au malade une cuillerée à café, matin et soir, de la solution suivante :

Biiodure de mercure	0 gr. 15
Iodure de potassium.....	15 gr.
Alcool.....	50 gr.
Eau distillée	250 gr.

Le malade fait une poussée d'angine herpétique du 13 au 16 septembre.

Interrogé sur ses antécédents pathologiques, il nous apprend qu'il a eu il y a trois mois une épididymite gauche sans urétrite, dont il reste encore les traces actuellement sous la forme d'une induration de la tête de l'épididyme de la grosseur d'une noisette, accompagné deux jours après d'oreillons vagues, indéterminés, avec léger gonflement parotidien ; quoi qu'il en soit, on ne note ni atrophie du testicule, ni ramollissement de l'induration ; l'état général est bon.

Dès le 25 septembre, on remarque une diminution très notable de la tumeur qui paraît très réduite, cicatrisée, légèrement boursoufflée, sans induration cartilagineuse, occupant la partie antérieure de la cloison, éloignée de 1 centimètre environ du cornet moyen et paraissant formée de tissu fibreux, peu indurée ; les ulcérations de la narine gauche persistent malgré l'emploi de la pommade à l'oxyde jaune ; le 29 elles paraissent guéries, la tumeur droite est de la grosseur d'un pois, en arrière d'elle on note toutefois une ulcération nouvelle verticale, revêtue d'une croûte et sous-jacente à l'éperon de la cloison. Le 3 octobre, les épistaxis répétées du malade se renouvellent quand il se mouche, incident fréquent depuis plus d'un mois ; on voit bien l'ulcération sus-jacente à la tumeur primitive allongée, suintante et entraînant en bas une coagulation sanguine ; gros ganglion sous-maxillaire droit, absence de phénomènes généraux ; substitution de la pommade à l'oxyde jaune au lieu et place de la pommade au menthol ; persistance sur le thorax de la roséole papuleuse.

7 octobre. — Après un peu de diarrhée, et alors que le

malade prend régulièrement son biiodure, on note la persistance, presque l'aggravation en profondeur de l'ulcération, qui a plus de 1 centimètre de long, s'enfonce en arrière avec bords élevés. On fait ce jour là une première injection de biiodure à 1/50, fort mal supportée et accompagnée même de syncope ; insufflation de calomel dans la narine ; la pituitaire est affaissée, rougeâtre, sanglante.

10 octobre. — L'ulcération est plus superficielle, en nappe, la tumeur qui est en avant a disparu, la roséole s'efface les jours suivants, mais les adénopathies persistent ; le malade sort par libération le 18 octobre après 11 injections de biiodure.

Il n'a pas été revu. l'ulcération primitive était presque disparue à sa sortie.

OBSERVATION XXI

(MM. Gaucher et Giroux. *Annales des maladies vénériennes*, sept. 1908.)

Chancre syphilitique de la pituitaire

Myra B..., vingt-trois ans, sur les conseils de son médecin, vient consulter de 20 juillet dans le service du professeur Gaucher.

Elle se plaint de présenter sur le corps des taches disséminées apparues huit jours auparavant. Il s'agit d'une roséole typique à grands éléments et généralisée. Elle est surtout manifeste aux endroits d'élection, c'est-à-dire dans les régions dorsale et lombaire, tout en restant discrète sur le bras et sur les jambes.

L'examen complet permet, en outre, de constater une lésion nasale à laquelle la malade n'attachait aucune importance. Cette lésion serait apparue à une date qu'il est difficile de préciser, car c'est par hasard à la suite d'un coryza survenu dans les derniers jours de juin que la malade remarqua une tuméfaction siégeant dans la narine gauche sur la cloison.

Actuellement, la tuméfaction persiste avec les caractères qu'elle présentait à son début ; elle est dure, rouge saillante, revêtant l'aspect d'un polype.

Elle s'accompagne de quelques troubles fonctionnels, gêne respiratoire et épistaxis fréquentes.

Un ganglion occupe la région sous-angulo-maxillaire et l'on constate d'autres adénopathies dans les régions cervicale et inguinale.

En résumé, il s'agit d'un accident primitif de la pituitaire accompagné de roséole et d'adénopathie secondaire, dont il est difficile de préciser l'origine. Il semble cependant que la malade ait contracté son chancre au contact d'une amie qui habita chez elle jusqu'au 15 mai. Cette dernière aurait présenté, en février, des chancres vulvaires pour lesquels elle aurait suivi un traitement à l'hôpital Saint-Louis.

OBSERVATION XXII

(M. Santi-Pusateri, *Soc. italienne de Path.* Palerme, 1908.
Arch. intern. de Laryngol.-oto-rhinol., t. XXIX, mars-avril, p. 669, 1910)

Syphilome primitif de la cloison nasale

Chez une femme de vingt-six ans, à partir de l'orifice interne de la fosse nasale droite, l'auteur vit une tuméfaction hémis-

sphérique, à surface lisse, recouverte de muqueuse hyperhémisée de consistance charnue, implantée sur le septum par une base large. Sarcome ou syphilome?

L'examen histologique révèle : tissu riche en éléments conjonctifs jeunes, traversés par des capillaires autour desquels on trouve des éléments lymphocytaires et des plasmazellens, spirochètes jusque dans les espaces intercellulaires des couches profondes de l'épithélium de revêtement et dans les capillaires sanguins.

Soixante-quinze jours après le début, érythème maculopapuleux diffus caractéristique.

OBSERVATION XXIII (Inédite)

(Service de M. Gaucher, Photogr. Moulage,

Fiche n° 14.099.)

Chancre de la narine gauche et de la lèvre supérieure d'aspect gommeux

M. L... Ernest, trente-cinq ans, briquetier.

Se présente à la consultation le 26 avril 1909.

Depuis un mois et demi, ulcération de la lèvre et du sillon naso-labial gauche. Ulcération ressemblant à une gomme. Surface rouge et suintant légèrement. Le pourtour est rouge et enflammé, légèrement infecté. Il y a très peu d'induration.

Ganglion préauriculaire à gauche. Groupe angulo-maxillaire des deux côtés.

Le début se serait fait par un petit bouton de la narine ; il avait un compagnon de travail peut-être syphilitique.

Il est marié, déclare ne pas s'être mis dans un cas de contagion.

Roséole très nette sur la poitrine depuis huit jours et sur le dos.

Traitement. — Piqûre, 3 grammes de KI.

8 mai 1909. — Amélioration sensible sous l'influence du traitement mercuriel.

24 mai. — Sortie. La lésion a disparu.

OBSERVATION XXIV

(Dr Pietro Stancanelli, assistant ordinaire de la clinique dermo-syphilopathique de l'Université de Sapes, dirigée par le professeur Tommaso de Amicis, *Annales des maladies vénériennes.*)

Un cas de chancre syphilitique de la muqueuse nasale

C. L..., née R..., âgée de vingt-huit ans, de Satriano Lucono. Rien d'important à noter dans les antécédents héréditaires et personnels. A fait quelques malaises passagers et les fièvres éruptives habituelles. C. L... a joui d'une santé excellente pendant toute son enfance. A treize ans, réglée depuis peu, elle a épousé un jeune homme robuste et parfaitement sain dont elle a eu quatre enfants, tous vivants et très bien portants. Elle n'a jamais fait de fausses couches.

Il y a quelques mois (en novembre 1908) elle commença à ressentir la première atteinte de son mal sous forme d'un catarrhe nasal violent, localisé au côté gauche, et plus tard, il se produisit, toujours à gauche, une obstruction complète de la narine avec sensation pénible d'un corps étranger qui

s'y serait introduit. Les phénomènes de sténose s'accroissent de plus en plus et au bout de quelques semaines encore, la malade s'aperçut qu'une tuméfaction diffuse envahissait la moitié gauche du nez en même temps qu'une rougeur accentuée. De plus, elle constata qu'une excroissance charnue envahissait la partie supérieure de la narine gauche, excroissance qui ne fit que s'accroître depuis pour atteindre les dimensions actuelles.

Au début, cette lésion n'entraîne d'autres désordres qu'un fort coryza accompagné de l'écoulement du mucus sanguinolent. Mais avec les progrès du mal, de fortes douleurs hémicraniennes s'établirent du côté du mal et allèrent toujours en augmentant. Six semaines après, c'est-à-dire vers la fin de décembre, surviennent des douleurs péri-articulaires intenses, erratiques, avec exacerbations nocturnes. Après avoir tenté divers traitements généraux et locaux qui échouèrent tous, elle vint consulter le professeur De Amicis, qui, après avoir diagnostiqué cliniquement la nature de la lésion locale, découvrit sur la surface cutanée d'autres stigmates confirmant son diagnostic et prescrivit un traitement mercuriel intense.

État actuel. — La malade, d'ailleurs bien constituée et robuste, a l'air très souffrante et présente un amaigrissement notable. Elle est enceinte de trois mois.

En regardant le nez dans son ensemble, on constate aisément la tuméfaction diffuse de la moitié gauche qui atteint presque des dimensions doubles de celle de la moitié droite. La peau du côté malade est cyanosée, livide ; elle est fortement infiltrée et adhérente aux tissus sous-jacents. Les

bords de la tuméfaction sont assez nets, délimitant avec une certaine précision la moitié du nez. L'aile gauche du nez participe aussi à l'infiltration, tandis que la paupière inférieure correspondante présente seulement un léger œdème blanc. Comparant ensuite les deux narines, on note que la gauche est élargie dans sa partie inférieure, surtout suivant le diamètre transversal, de sorte que toute la portion inférieure du nez semble, par rapport à la ligne médiane, avoir subi un déplacement en masse vers la droite.

A l'intérieur de la narine, on trouve à la partie supérieure une excroissance de la grosseur et de la forme d'une olive, implantée par sa grosse extrémité sur la cloison cartilagineuse. De couleur rouge sombre, de consistance chondroïde, cette excroissance, recouverte de petites tubérosités papillomateuses, a tout l'aspect d'une fraise sur laquelle on aurait étendu une mince couche de vernis brillant. La muqueuse qui la recouvre est intacte dans sa presque totalité ; néanmoins, en certains points, elle présente de petites érosions, et au niveau de la cloison cartilagineuse, elle est le siège d'un processus ulcératif qui gagne les tissus sous-jacents. Le fond de cette ulcération est grisâtre, comme recouvert d'un exsudat inflammatoire diphtéroïde, mais sensiblement uniforme ; les bords s'en continuent sans délimitation nette d'avec la muqueuse saine du pourtour. Cette néoformation qui, à première vue, donne l'impression d'un polype des fosses nasales ayant envahi la narine, en occupe et en élargit la partie supérieure, la forçant à la manière d'un coin et rendant impossible l'introduction d'un spéculum. Outre son point d'implantation sur la cloison cartilagineuse, la petite tumeur adhère solidement à la paroi même de la

narine dans la majeure partie de son contour supérieur et aussi à son plancher.

La lésion en elle-même ne donne lieu à aucune sensation douloureuse ni spontanée, ni provoquée, mais il suffit du plus léger traumatisme pour la faire saigner. Par contre, une pression exercée extérieurement sur le dos du nez à gauche provoque de vives douleurs qui irradient à la moitié correspondante du visage et de la tête.

A l'angle de la mâchoire inférieure de même côté on trouve un ganglion gros comme une noix, de forme amygdaloïde, dur, mobile, indolent, recouvert de peau saine. La palpation révèle, en outre, de petits ganglions à la partie latérale du cou et quelques-uns à la région inguino-crurale. Il n'y a pas de ganglions épitrochléens.

La surface cutanée, surtout à l'abdomen et aux flancs, est couverte de macules rosées hyperhémiques, allant des dimensions d'une lentille à celles d'une pièce de 50 centimes. Ces macules sont confluentes par endroit, surtout dans les régions ci-dessus mentionnées; elles disparaissent sous la pression du doigt et ne s'accompagnent d'aucune sensation subjective.

On ne trouve rien à l'examen des muqueuses visibles ni des organes internes. Rien non plus dans les régions périarticulaires et qui sont le siège des douleurs nocturnes dont se plaint la malade.

L'examen des frottis de la lésion nasale et de la sérosité obtenue par aspiration au moyen d'une minuscule ventouse de Klapp a mis en évidence, après coloration préalable par le liquide de Giemsa et le bleu marine, de nombreuses formes de *treponema pallide* de Shaudinn, de *spirochaeta refringens* et de cocci pyogène banaux.

Diagnostic. — Dans le cas actuel, étant donnés l'adénopathie sous-maxillaire avec ses caractères spéciaux, la coexistence des manifestations de la période secondaire, et enfin le résultat positif de l'examen bactériologique, on ne peut révoquer en doute la nature spécifique de la muqueuse nasale et le diagnostic formulé par le professeur De Amicis est pleinement justifié.

Syphilis constitutionnelle récente. Lésion primitive de la pituitaire (forme papulo-hypertrophique néoplasique), avec adénopathie sous-maxillaire gauche, satellite. Syphilides maculeuses hyperhémiques du tronc, et douleurs articulaires rhumatoïdes.

Étiologie. — La malade vivait avec sa sœur atteinte de syphilis, sur un pied de grande intimité, partageant son lit pendant plusieurs nuits et lui donnant des soins pour des lésions cutanées. Il y a donc lieu de penser que la contagion se sera faite par le linge qui servait en commun aux deux sœurs, ou plus vraisemblablement encore par les doigts souillés de produits virulents et portés au contact de quelque érosion ou folliculite de la narine. Cette hypothèse est d'autant plus vraisemblable que ces petites lésions sont fréquentes aux narines et souvent très irritantes par les troubles subjectifs qu'elles déterminent.

OBSERVATION XXV

(De Amicis, *Leçons de syphiligraphie*, relaté
par Stancanelli, *Annales des maladies vénériennes*. 1909.)

Cas curieux de contagion

Il s'agit d'une jeune fille du meilleur monde atteinte d'un accident primitif de la pituitaire et au sujet de laquelle une enquête sévère faite par le professeur De Amicis fit découvrir que le véhicule de l'infection avait été un mouchoir offert au bal par un danseur atteint de plaques muqueuses des lèvres et de la cavité buccale.

OBSERVATION XXVI

(Gaucher et Boisseau, Société de Dermatologie, mars 1906.)

Chancre syphilitique du vestibule narinaire

Le malade que nous avons l'honneur de présenter à la Société est atteint d'accident primitif, remarquable par son siège. Le chancre occupe, en effet, le vestibule de la narine gauche. L'ulcération, à bords lisses, à fond régulier, s'étend sur la face interne de la narine et sur la cloison. Elle ne dépasse pas l'orifice narinaire.

Extérieurement le nez est à peine augmenté de volume, l'aile du nez est rouge, nettement indurée. Il existe une adénopathie sous-maxillaire gauche.

L'œil gauche présente un larmoiement depuis quinze jours,

dû, sans doute, au gonflement de la muqueuse du canal nasal.

L'ulcération nasale aurait débuté, d'après le malade, il y a trois semaines. En réalité, elle doit être plus ancienne, car on constate une roséole généralisée intense, avec quelques éléments papuleux, et on trouve sur le scrotum des syphilides papulo-érosives.

OBSERVATION XXVII

(D^r George Dupont de Bordeaux, *Revue hebdomadaire de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie*, 5 mars 1910, p. 275.)

Chancre induré de la fosse nasale droite

M. X..., âgé de trente cinq-ans, chauffeur à la Compagnie du Midi, se présente le 29 octobre 1909 à la consultation du D^r Moure à l'hôpital Saint-André, parce qu'il est gêné pour respirer par le nez du côté droit.

Cela a débuté il y a environ un mois par les signes habituels du rhume de cerveau, enchifrènement, éternuements.

Le malade mouchait beaucoup du côté droit et parfois son mouchoir était teinté de filet de sang. Au bout de quelques jours, le coryza a diminué d'intensité, mais l'écoulement a persisté, quoique un peu atténué.

Quinze jours après le début de l'affection le malade a remarqué une tuméfaction à la partie antéro-inférieure de la cloison et a commencé à éprouver des douleurs de tête intolérables.

A ce moment il consulte son médecin qui lui donne des cachets à prendre et une pommade à mettre dans son nez.

Ce traitement n'ayant produit aucune amélioration et les douleurs de tête persistant, cet homme se décide à venir à la consultation de l'hôpital.

Examen. — Quand on relève le lobule du nez on voit que la fosse nasale droite est obstruée par une tuméfaction rouge ulcérée en son milieu et siégeant sur la partie antéro-inférieure de la cloison. Cette tuméfaction est dure au toucher, on perçoit nettement cette sensation de dureté cartilagineuse à travers l'aile du nez ; la pression n'est pas douloureuse. Dans la région sous-maxillaire droite, on trouve des ganglions durs, indolents et roulant sous le doigt.

A l'examen de la gorge on découvre des plaques muqueuses sur les piliers et sur le bord du voile.

Faisant alors déshabiller le malade, on constate la présence d'une roséole et de quelques papules sur l'abdomen ; le prépuce est le siège d'une légère ulcération qui, paraît-il, n'existe que depuis deux jours.

En présence d'un pareil cortège symptomatique le diagnostic n'est pas douteux ; il s'agit d'un chancre induré de la cloison.

On prescrit le traitement biioduré.

Le malade ne revient qu'au bout de quinze jours. A ce moment l'amélioration est notable, la tuméfaction a en partie disparue et les douleurs de tête ont cessé complètement.

Le séro-diagnostic, pratiqué au laboratoire des cliniques, avait donné une réaction positive.

L'étiologie n'a pu être retrouvée.

OBSERVATION XXVIII

(D^r Blanc, d'Oran, *Revue hebd. de Laryng.*,

16 novembre 1907, p. 585.)

Chancre de la cloison des fosses nasales

M^{me} X..., vingt-cinq ans. Aucune maladie antérieure. A un enfant de trois ans bien portant. Est actuellement enceinte de sept mois. Mère en bonne santé ; a eu une blennorragie il y a une dizaine d'années ; pas de syphilis.

20 octobre 1905. — La malade vient nous voir pour une obstruction nasale unilatérale datant de un mois environ ; elle se plaint d'un écoulement nasal muqueux mêlé de stries sanguinolentes et surtout d'une céphalée violente au point que le sommeil est impossible depuis longtemps déjà.

A l'examen, nous constatons une tuméfaction considérable obstruant complètement l'entrée de la fosse nasale droite ; elle occupe la partie antéro-inférieure de la cloison et arrive au contact du cornet inférieur, empêchant complètement la respiration de ce côté. Cette tuméfaction, qui est dure et rougeâtre, est recouverte à son point culminant d'un enduit grisâtre qui, enlevée laisse voir une légère exulcération. Adénite sous-maxillaire très accentuée à droite. Un ganglion sous-maxillaire tuméfié et douloureux à gauche.

Étant donnés l'unilatéralité de la lésion, son siège, qui est en faveur d'une lésion par grattage, son évolution, la céphalée avec exacerbations nocturnes, l'adénite sous-maxillaire, nous diagnostiquons un accident primitif bien que nous ne

puissions avoir aucun renseignement pouvant nous éclairer sur l'origine de l'infection. La malade est mise au traitement mercuriel, et nous attendons l'apparition des accidents secondaires pour confirmer notre diagnostic.

Dès le lendemain la céphalée a considérablement diminué et le surlendemain la malade ne souffre plus de la tête et peut se reposer.

25 octobre. — La malade revient nous voir, accusant une grande amélioration ; la céphalée a complètement disparu ; l'obstruction nasale est moins complète ; la tuméfaction a un peu diminué. Pas d'accidents secondaires. Nous interrogeons à nouveau la malade, cherchant à savoir comment elle s'est infectée ; elle finit alors, malgré une certaine méfiance, par nous dire qu'elle a soigné, il y a environ un mois et demi, l'enfant de sa belle-sœur, dont nous avons pu nous procurer l'observation grâce à l'obligeance de notre confrère et ami le Dr Glatard. Nous citons cette observation en entier, car elle complète celle de notre malade ; et, de plus, elle est intéressante au point de vue rhinologique.

Enfant S..., âgé de six semaines, domicilié à Oran, est né d'une femme de vingt ans, de constitution robuste, mais mariée à un syphilitique avéré. Ce dernier n'a pas craint de contracter, mariage quelques mois après son accident primitif. La mère, comme il arrive souvent, ne paraît pas avoir été contaminée, en revanche toute la lignée s'en est ressentie ; en trois ans de mariage, il y a eu deux fausses couches et une seule grossesse (la dernière) à peu près complète ; l'enfant (celui qui nous occupe) est né à huit mois. Dès sa naissance, il a présenté, outre des signes généraux de débilité congénitale, du coryza purulent et des lésions cutanées.

Il nous est amené pour la première fois le 21 août 1905. Son aspect est pitoyable et le diagnostic d'hérédo-syphilis s'établit à première vue. Sa tête est celle d'un petit vieillard avec ses orbites enfoncés et ses téguments ridés ; le corps est absolument squelettique. La peau est le siège d'exulcérations multiples foliacées ou suintantes, de contours cycliques souvent confluentes, siégeant un peu partout, mais prédominant à la face, aux fesses et à la face interne des bras et des cuisses. Du nez s'écoule un ichor purulent très épais, dont le contact irritant a eczématisé considérablement la lèvre supérieure et les sillons jugaux. Les muqueuses buccale et linguale sont rouges, saignantes ; on y voit quelques exulcérations recouvertes d'un mince voile grisâtre. Outre ces symptômes de syphilis l'enfant présente de la gastro-entérite (nous sommes en été). Un traitement rationnel est institué, tant contre l'entérite (qui cède assez vite) que contre la syphilis. Mais après trois semaines de soins, l'enfant meurt dans la cachexie et le marasme, suites inévitables de sa triste hérédité.

Dès les premiers jours nous avons assisté à un fait intéressant, c'est l'effondrement subit et total du nez ; dès lors, l'enfant a présenté le signe du nez en lorgnette qu'on observe plutôt dans la syphilis héréditaire tardive. A la suite de cette complication l'écoulement nasal s'est complètement tari ; l'obstruction était complète et la gêne respiratoire qui en est résultée a complètement aggravé l'état général.

Le D^r Glatard nous dit avoir toujours vu l'enfant soigné par sa tante, sa mère étant paludéenne et gardant le lit à cette époque. Celle-là, malgré les recommandations qui lui avaient été faites, avait constamment l'enfant dans ses bras

et l'embrassait fréquemment ; *elle a même été vue portant à sa face et à son nez ses mains souillées des sécrétions nasales de l'enfant.*

Revenons à notre malade.

24 novembre 1905. — La respiration est très libre. A la rhinoscopie antérieure, on constate que la tuméfaction a complètement disparu ; il n'en reste plus que la cicatrice. Pas d'accident secondaire.

25 avril 1906. — La malade est perdue de vue jusqu'à cette époque. Elle nous dit avoir accouché, au milieu de décembre 1905, d'un enfant mort et macéré. Interrogée au point de vue des accidents secondaires, elle nous répond n'avoir absolument rien remarqué, et qu'actuellement elle se porte très bien. Il est probable que ces accidents secondaires ont été très légers et qu'ils ont passé inaperçus.

OBSERVATION XXIX

(Dr I. Malcolm Farquharson, *The Journal of Laryngology, Oto. and rhino.* London, 1912, p. 108.)

M^{me} A..., vingt-six ans, mariée, blanchisseuse, dont le mari est matelot. A élevé un délicat enfant illégitime appartenant à une voisine. Tout d'abord elle remarqua une petite élévation dure en dedans du vestibule droit une quinzaine de jours avant de consulter, suivie d'un gonflement intense des régions voisines. Un écoulement nasal légèrement teinté de sang. Elle se plaint de faibles douleurs névralgiques dans la tête. Elle a l'habitude de toucher à son nez.

A l'examen, élévation dure, de la dimension d'un gros

pois, repose sur le plancher du vestibule et s'étend à la cloison. En enlevant les croûtes qui obstruaient la narine, on découvre une petite ulcération à bords indurés adhérente à la cloison et que la sonde fait saigner. Le nez est œdématié en totalité et cet œdème s'étend aux deux régions malaires, et surtout aux paupières. Les ganglions sous-maxillaires, sub-lingaux et préauriculaires droits sont augmentés de volume, durs et douloureux. Un peu de liquide pris sur le chancre montre des spirochètes et donne une réaction de Wassermann positive.

Une émulsion de 606 est injectée dans la fesse. Le sang est examiné quatorze jours après. Pas de spirochètes. Réaction de Wassermann négative. Revu six semaines après l'injection; tout gonflement et induration ont disparu en dix jours environ.

OBSERVATION XXX

(Aslett Baldwin, *Lancet*, London, 1907, p. 287.)

Note sur un cas de chancre primitif de la narine

Le malade M..., âgé de vingt-six ans, vient au « West London hospital » se plaignant d'une grande douleur et de gonflement de la face. L'orifice de la narine droite est beaucoup plus large que le gauche : à environ 1 cm. 5 de la narine on apercevait une ulcération gangréneuse. La narine écartée mettait à découvert une masse rouge, livide, qui obstruait complètement l'orifice. Le côté droit du nez, la joue, les lèvres (surtout la supérieure) et les ganglions sous maxillaires droits étaient très enflés. Il y avait de l'épiphora. Sur le corps éruption secondaire très marquée.

Cinq mois avant la mère du malade, âgée de cinquante-cinq ans, qui vit dans une maison voisine, eut un mal de gorge typique, accompagné d'une éruption secondaire intense, actuellement (juillet 1906) quelque peu atténuée, mais encore bien visible sur la figure. Il y avait aussi de l'iritis de l'œil droit. Neuf mois avant, la petite fille de cette femme, âgée de onze ans, et qui habite avec elle, eut un mal de gorge spécifique et une éruption dont il ne reste plus trace actuellement (juillet 1906). Autant qu'on peut le vérifier, ces deux malades ne montrèrent pas d'accident primaire.

La succession était donc la suivante : la petite fille âgée de onze ans fut la première malade ; comment ? Nous n'avons pu le trouver. Sa grand'mère fut contaminée par elle et elle contamina ensuite son fils. Bien qu'elle n'habite pas avec lui, elle était souvent chez lui et y prenait fréquemment ses repas.

OBSERVATION XXXI

(Garel, *Rev. hebdomadaire de Laryng.*, 1895.)

J..., trente-trois ans, employé de commerce, se présente à la consultation de l'hôpital de la Croix-Rouge, le 5 mai 1904. Cet homme se plaint de douleurs dans le nez du côté gauche. Il n'est atteint d'aucune affection grave, il a eu une blennorragie en 1875, mais jamais de lésion syphilitique. La douleur nasale date de huit jours environ, elle s'accompagne d'une obstruction complète de la narine gauche. Le courant d'air ne passe plus par cette narine. Il existe en outre de ce côté un écoulement peu abondant, d'un liquide épais, jaunâtre. Pas d'épistaxis. Le malade éprouve aussi une céphalée persistante.

Je constate dans la cavité nasale gauche, sur la cloison, à 2 centimètres de l'orifice antérieur, une tuméfaction toute spéciale qui ne ressemble à aucune des lésions ordinaires que l'on rencontre le plus souvent dans le nez. La lésion consiste en une ulcération blanchâtre entourée d'une zone rouge en forme de bourrelet saillante. Je n'hésite pas à voir dans cette lésion une lésion tertiaire et je prescris 4 grammes d'iodure de potassium par jour. Le malade est interrogé avec soin sur ses antécédents. Il paraît répondre avec une entière sincérité; il n'avait jamais eu de chancre. Je dois ajouter qu'il s'est marié au commencement du mois d'août et qu'il n'avait à cette époque pas vu de femme depuis deux mois.

22 mai. — Je revois le malade, l'ulcération est beaucoup plus petite et le bourrelet inflammatoire a complètement disparu.

18 juillet. — Notre malade, que nous avons considéré comme guéri, revient à la consultation avec des plaques muqueuses de la bouche, de la dysphagie, et une roséole sur le tronc.

Le nez est absolument guéri, et il est impossible de soupçonner même la trace de la lésion antérieure; à ce moment il n'y a plus de doute, la lésion qui avait été considérée comme une lésion tertiaire n'était rien autre qu'un chancre primitif de la cavité nasale. Il existe, en effet, de chaque côté de la mâchoire un ganglion dur, de la grosseur d'une noisette. Les ganglions n'avaient pas été recherchés au début, mais le malade se souvient parfaitement qu'ils existaient déjà et même qu'ils étaient plus volumineux.

Traitement spécifique mercuriel.

24 juillet. — Le malade va consulter mon collègue, le
E. Froment

D^r Cordier, qui confirme le diagnostic de syphilis et constate d'ailleurs un chancre sur la petite lèvre gauche de la femme du malade. Celle-ci a donc été contaminée par lui.

OBSERVATION XXXII

(Fournier, *Chancres extra-génitaux*, 1897, p. 175.)

Un homme marié se laisse entraîner un soir chez une fille publique. Là pris subitement « de la peur d'attraper un mauvais mal » il n'ose se livrer au coït, mais ne s'abstient pas toutefois de quelques attouchements vulvaires. Six semaines après, il vient me consulter pour « un bouton qu'il a dans le nez », bouton qui n'était autre qu'un chancre de la cloison, comme l'événement l'a démontré. Or, plus de vingt fois depuis il m'a répété ceci : « Je suis bien certain d'avoir contracté la syphilis dans la fâcheuse rencontre que je vous ai conté, car je ne m'étais exposé de vieille date à aucun autre risque, et je suis non moins certain de l'avoir contracté par mes doigts, cela pour deux raisons que voici : c'est d'abord que j'avais négligé de me laver les mains en sortant de chez la fille en question ; c'est, de plus, qu'à cette époque j'avais depuis quelque temps une petite éraillure du nez, que je m'égratignais sans cesse, et que j'ai dû sûrement inoculer avec mes doigts.

OBSERVATION XXXIII

(Fournier, *Chancres extra-génitaux*.)

Un de nos confrère s'est très vraisemblablement inoculé de la même façon « pour avoir égratigné avec ses doigts un

petit bouton da cné qu'il portait à la narine, après avoir manipulé des plaies syphilitiques ».

OBSERVATION XXXIV

(Lapeyre, cité dans la thèse de Lenoble, 1908.)

Femme de cinquante-huit ans, soignée pour un érysipèle de la face par la pomnade résorcinée. Le D^r Lapeyre voyant sur le front quelques plaques rouges circonscrites, fit déshabiller la malade et constata une roséole généralisée.

Les symptômes érysipélateux étaient dus à un chancre de la cloison de la narine gauche. L'étiologie était la suivante : la malade avait été appelée trois mois auparavant auprès de sa fille mariée, celle-ci après deux fausses couches, venait de mettre au monde un enfant vivant, à terme, qui avait présenté un mois après sa naissance un prétendu eczéma généralisé ; l'enfant était mort, au bout de vingt jours de maladie, de son pemphigus syphilitique et sa grand'mère lui avait appliqué elle-même, pendant toute la maladie, le pansement prescrit par le médecin.

OBSERVATION XXXV

(M. Gérard-Marchand.)

(Blanc et Faussie, *Journal des mal. cutanées et syph.*, 1899, p. 259-270. *De la syphilis nasale acquise.*)

M. X..., vingt-six ans, m'est conduit par mes collègues, MM. Luc et Besançon, pour une tumeur des fosses nasales

du côté droit. J'avais opéré ce jeune homme six mois auparavant pour un papillome de la narine droite.

La tumeur actuelle remonte à huit semaines. Elle s'est progressivement développée sans à-coup. Elle occasionne de la gêne respiratoire, des accès d'asthme, de suffocation, pour lesquels le malade vient réclamer un secours.

La fosse nasale droite est absolument déformée, le côté externe de la narine est rouge luisant et projeté en dehors. L'aile externe, dans la portion avoisinante de l'orifice externe, est déjetée en haut et en dehors; l'orifice ainsi entr'ouvert, élargi, permet d'apercevoir une tumeur arrondie sessile, rouge violacée, d'une consistance particulière, plutôt cartonneuse qu'élastique, de la grosseur d'une petite noix et implantée sur la face externe de la fosse nasale. Elle bombe en dedans, s'appuyant sur la cloison médiane et un stylet est arrêté en tous sens par cette masse arrondie et ne peut pénétrer au delà de la tumeur.

Il existe un ganglion de moyen volume, peu douloureux, dans la région sous-maxillaire droite.

Le diagnostic posé est sarcome, se basant sur la déformation de la fosse nasale, la consistance molle de la tumeur et surtout sur l'existence antérieure d'une petite tumeur enlevée dans cette région.

La syphilis ne semble pas être la cause possible de cette tumeur; il n'existe en effet aucun antécédent, et un accident primitif datant de huit semaines se serait accompagné de roséole.

Le malade demandait absolument à être débarrassé de cette tumeur qui le privait de son sommeil, lui occasionnant des accès très pénibles de suffocation, et nous discutons le

moment de l'intervention lorsque le Dr Besançon constata chez son malade une roséole des plus nettes. Le diagnostic était fait, il s'agissait d'un chancre primitif.

En raison de la singularité du cas, le malade fut soumis à l'examen de M. Fournier qui dénomma ce chancre : chancre tumeur ; et nous dit n'avoir observé qu'une fois une manifestation similaire primitive dans la fosse nasale.

Le malade mis au traitement a vu sa tumeur disparaître petit à petit, en ne laissant qu'une cicatrice à son point d'implantation.

IV. — Double chancre intra-nasal

OBSERVATION XXXVI

(M. Mendel, *Bulletin de la Société de Dermatologie et de Syphiligraphie*, p. 60, mars 1895.)

Chancres syphilitiques des narines

J'ai l'honneur de présenter à la Société un homme de vingt-neuf ans, polisseur, porteur de deux chancres symétriques des narines.

Le malade s'est aperçu il y a trois semaines de l'apparition de la lésion actuelle, qui provoque des douleurs assez vives, notamment pendant la nuit.

Le nez est gonflé et rougé. Lorsqu'on soulève la pointe de l'organe, on peut apercevoir de chaque côté, une érosion ovulaire suintante, située sur la partie antérieure de la cloison des fosses nasales et occupant aussi l'extrémité antérieure de la cavité des narines. L'induration de ces régions est surtout sensible au niveau du lobule. On note dans la région

sous-maxillaire une adénopathie fort nette, un peu plus prononcée à gauche.

L'origine de deux chancres est des plus difficiles à préciser.

V. — Chancre du naso-pharynx

OBSERVATION XXXVIII

(M. Lavielle, *Journal de médecine de Bordeaux*, 1911, p. 615).

Chancre primitif du naso-pharynx infecté

Les chancres du naso-pharynx ne sont point nouveaux dans la littérature médicale ; ils furent même assez fréquents à une époque que nous ne citerons que pour mémoire ; ils étaient alors le résultat de cathétérismes imprudents de la trompe d'Eustache ; dans un des grands lycées de Paris, il y a une quarantaine d'années, un certain nombre d'élèves furent contaminés de la sorte.

M. le professeur Moure nous cite l'observation qu'il a communiquée en 1880 au sujet d'une malade contaminée de la sorte par un confrère ; les accidents présentèrent rapidement un caractère d'extrême gravité et se terminèrent par le décès de la malade.

Depuis les chancres du naso-pharynx sont devenus extrêmement rares et nous n'en connaissons aucune qui ne relève de causes ci-dessus citées.

Celui que nous présentons aujourd'hui ne saurait rentrer dans cette catégorie ; il ne pourrait être, en effet, le résultat de manœuvres imprudentes sur le naso-pharynx (cathétérisme de la trompe, toucher),

la malade n'en ayant jamais subi; il constituerait donc le premier cas de ce genre.

Il s'agit d'une malade âgée de trente ans, exerçant la profession de journalière, venue à la consultation de M. le professeur Moure pour douleurs de l'oreille droite irradiées dans toute la moitié droite de la tête.

Nous ne trouvons rien d'anormal dans ses antécédents héréditaires et personnels; nous notons qu'elle a été réglée à dix-huit ans seulement et depuis lors irrégulièrement et en petite quantité. Elle est mère d'une fillette de dix ans, venue à terme et qui est actuellement bien portante. Jamais de fausse couche.

Son mari aurait eu, en 1910, des maux de gorge qui durèrent deux mois.

Depuis fin mars 1911, la malade souffre de céphalées en casque, à exacerbations nocturnes; depuis le 15 mai dernier, elle a constaté une grosseur derrière l'angle droit de la mâchoire.

A cette époque, elle eut une métrorragie très abondante, avec gros caillots, qui attira son attention, vu que, nous l'avons dit, ses règles étaient habituellement de petite quantité. Enfin le 22 mai, elle constata sur sa poitrine une éruption rosée.

Son médecin l'adresse à la consultation de M. le professeur Moure pour des douleurs d'oreille, elle s'y présente le 23 mai.

La malade nous arrive avec un facies fatigué. Elle porte derrière l'angle droit de la mâchoire une tumeur du volume de la moitié d'une mandarine et un peu aplatie.

A la palpation, la tumeur paraît mobile, indolore et composée de petits ganglions rapprochés les uns des autres.

L'examen du nez, du larynx et des oreilles ne présente rien d'anormal. Le releveur du voile du palais est alors appliqué.

A la rhinoscopie postérieure, on voit une ulcération recouverte d'un enduit grisâtre ; la lésion semble être en surface.

Au toucher on sent la paroi postérieure du naso-pharynx infiltrée, et au niveau de l'ulcération le doigt pénètre dans une petite cavité à bords épais, durs et taillés à pic. Un prélèvement est alors fait pour l'examen histologique.

A la poitrine, on constate une roséole très nette et très caractéristique. La malade est conduite à la consultation de M. le professeur Dubreuilh, qui déclare la roséole non douteuse. L'examen attentif des parties génitales ne permet de trouver aucune porte d'entrée pour l'infection.

En raison de la roséole, de l'accident métrorragique avec son caractère de fausse couche, de l'adénite carotidienne, de la céphalée surtout nocturne, on a conclu à une lésion syphilitique.

Les maux de gorge constatés chez le mari depuis peu de temps, la présence de la roséole et le caractère des céphalées, font conclure à une lésion primaire, malgré l'aspect plutôt tertiaire de la région.

On a donc porté le diagnostic de : *chancre primitif infecté du naso-pharynx*.

Avec le concours éclairé et bienveillant de M. le Dr Richard et sous l'habile direction de M. le Dr Gèzes, nous avons fait subir au fragment prélevé la série des prépa-

rations connues sous le nom de méthode de Levaditi, fixation du nitrate d'argent et réduction par l'acide pyrogallique, suivant les différents temps indiqués par l'auteur.

Sur la préparation on aperçoit à peu près dans toute son étendue, mais surtout au niveau des zones d'allure caséeuse, colorées en jaune d'or, de très nombreux spirochètes, ayant fixé l'argent, constitués par 15 ou 20 spires et disposés dans tous les sens, dans tous les plans.

Ces spirochètes nous ont paru tellement nets que nous n'avons pas jugé à propos de les colorer par la méthode de Giemsa, dans laquelle, on le sait, le spirochète apparaît coloré en rose sur fond bleu.

Étant donné le grand nombre de spirochètes, nous croyons pouvoir écarter l'idée de lésion tertiaire et confirmer le diagnostic précédemment fait par la clinique de chancre primitif infecté du naso-pharynx ; ce cas étant le premier du genre, nous avons cru intéressant de le présenter à la Société anatomo-clinique.



ÉVOLUTION. PRONOSTIC

Le chancre du nez guérit assez rapidement, si le chancre externe peut laisser à sa suite une cicatrice, par contre le chancre interne disparaît en général sans laisser de traces.

En plus des infections secondaires, décelées par la tuméfaction, la rougeur du nez et des régions voisines, on a noté quelques complications. Thibierge a observé un chancre de la narine qui prit une forme ulcéreuse et détruisit une partie de la sous-cloison. Garel et Guichard ont signalé le cas où il se produisit une synéchie entre la cloison et le cornet inférieur. Plus souvent on observera des lésions des voies lacrymales déterminant du larmolement ; quelquefois ce sera un abcès (Nettleship). Il peut y avoir aussi des abcès de la cloison, des ethmoïdites partielles ou totales. Jullien a indiqué la perforation de la cloison, mais comme il n'a pas observé l'accident primitif, ce fait est sujet à caution.

L'apparition des accidents secondaire, semble plus précoce, c'est d'ailleurs la règle pour les chancres céphaliques. Ils sont plus bruyants, plus florides, plus disséminés, moins discrets, l'éruption a même ce

caractère de prédominer à la face. Il est de règle de ne pas voir une roséole proprement dite, mais déjà des accidents papuleux alors que l'accident primaire n'est pas encore guéri.

On a signalé quelques cas de syphilis grave, mais ce fait doit être attribué, non pas à la localisation du chancre, mais plutôt à l'existence d'un terrain usé par l'âge ou les maladies antérieures. Tels sont les cas de Moure ; femme de soixante-douze ans, morte des suites de complications du chancre inoculé par cathétérisme de la trompe d'Eustache, du Dr Juliano Moreira (Bahia) où un chancre de la sous-cloison chez un sujet saturnin servit d'origine à une syphilis maligne.

TRAITEMENT

En plus du traitement général on peut envisager un traitement local ; toutefois, si l'accident primitif ne présente aucune complication septique il n'exige pour ainsi dire aucun traitement puisqu'il tend naturellement vers la guérison. « Il y a moins, dit Fournier, à chercher un remède pour guérir le chancre, qu'à s'abstenir de toutes interventions qui pourraient contrecarrer cette disposition naturelle. »

Le traitement consistera donc à prévenir et à combattre les infections pyogènes secondaires par des bains locaux ; l'eau bouillie simple, les solutions antiseptiques sont pour la plupart très irritantes : on emploiera de préférence l'eau bouillie à 42-45 degrés rendue isotonique par l'addition de carbonate ou de borate de soude à 4 0/00, ou de chlorure de sodium à 7 0/00. On évitera les topiques irritants tels que le chlorure de zinc, le nitrate d'argent.

Sur le chancre on a conseillé de saupoudrer de l'aristol, de l'iodol ou du calomel. On a préconisé de même la pommade au calomel à 1 pour 10. Le calomel est un bon agent cicatrisant du chancre,

mais, dit M. le professeur Gaucher il a un inconvénient : dans les ulcérations de nature douteuse, quand le diagnostic reste encore en suspens, l'application de calomel peut être une cause d'erreur, car elle provoque souvent l'induration artificielle de l'ulcération. Il ne faut donc employer le calomel que lorsque la nature du chancre est indubitable.

La réaction inflammatoire du nez et des régions voisines sera traitée par l'application des compresses humides.

Le traitement général comprendra la médication mercurielle et iodurée suivant les règles enseignées par M. le professeur Gaucher :

« Le meilleur mode d'administration est sans contredit *la voie sous-cutanée*, et les meilleures préparations sont *les solutions de sel soluble*, soit le benzoate de mercure dissous à l'aide du chlorure de sodium, d'après la formule suivante :

Benzoate de mercure.....	1 gr.
Chlorure de sodium chimiquement pur.....	2 gr. 50
Eau stérilisée.....	100 gr.

soit le biiodure de mercure dissous à l'aide de l'iodure de sodium :

Biiodure de mercure.....	} aa 0 gr. 10
Iodure de sodium pur.....	
Eau stérilisée.....	100 gr.

La dose habituelle pour ces deux solutions est de 2 centimètres cubes par jour.

La voie buccale est inférieure à la voie sous-cutanée, mais elle est suffisante pour les cas ordinaires, surtout quand la syphilis a été traitée au début, pendant les deux ou trois premiers mois par des injections. Les préparations à employer seront le sublimé en pilules ou en solution, ou le lactate neutre de mercure.

La médication sera instituée de la façon suivante :

1^o Pendant un mois, une injection quotidienne de 2 centigrammes de benzoate de mercure.

Le mois suivant : une injection de 2 centimètres cubes tous les deux jours.

Après un mois de repos, un mois de pilules sur deux pendant deux ans.

La troisième année, un mois sur trois.

La quatrième année, un mois sur six.

Ce traitement doit être modifié, si des accidents apparaissent dans les périodes dites de repos ; de plus, il doit être continué tant qu'il y a des accidents.

L'iodure de potassium n'est qu'en adjuvant du mercure, c'est un médicament résolutif à employer à toutes les périodes de la maladie, contre les lésions rebelles très étendues, envahissantes, graves, menaçantes, ou contre les lésions infiltrées. On pourra donc le prescrire, en particulier, associé au mercure contre les chancres à tendance phagédénique. La dose quotidienne est de 2, 4 ou 6 grammes.

Parmi les nouveaux traitements préconisés nous ne retiendrons que le 606 ou arsено-benzol. Ses indications, ses avantages et ses inconvénients, ont

été précisés par M. le professeur Gaucher, dans ses *Leçons de l'hôpital Saint-Louis*, nous ne pouvons mieux faire que de nous y reporter. En raison du pouvoir cicatrisant que le 606 exerce sur les ulcérations syphilitiques à toutes les périodes, on sera admis à l'utiliser dans les cas de chancre du nez très ulcérés ou à tendance phagédénique, mais on se souviendra que les récidives sont fréquentes, et qu'il n'est pas rare de constater au bout de deux à trois mois un chancre redux. Ce sera donc un médicament d'exception à indication bien déterminée, et qui, en tout cas, ne constituera pas le traitement de fond de la syphilis. De plus, en raison des dangers qu'il peut présenter, même à petite dose sans qu'on sache comment ni pourquoi, on ne l'emploiera qu'avec beaucoup de prudence, après avoir constaté l'intégrité des viscères, surtout l'intégrité du rein, du système nerveux, de l'œil et de l'oreille.

CONCLUSIONS

I. — Le chancre nasal externe n'offre rien de particulier ; son siège, ses caractères qui sont ceux du chancre en général, permettent de le reconnaître et de le diagnostiquer facilement.

II. — Le chancre intra-nasal siège de préférence sur la cloison, à 1 centimètre environ de l'orifice externe du nez, quelquefois sur la face interne de l'aile. Mais on peut aussi le rencontrer plus profondément, soit sur la cloison, soit sur le cornet inférieur.

III. — Ce sont les symptômes fonctionnels et subjectifs qui dominent, gêne respiratoire, obstruction nasale, sensation de corps étranger, céphalée violente. Les infections secondaires s'étendant aux régions voisines ne sont pas rares.

IV. — Objectivement le chancre peut être croûteux, érosif, ou le plus souvent papulo-hypertrophique ou néoplasique. L'ulcération est couleur chair musculaire, sans bords. L'induration à la base n'est pas

toujours perceptible en raison du siège. L'adéno-pathie est toujours sous-angulo-maxillaire, elle peut être de plus péri-hyoïdienne, pré-axoïdienne, ou même pré-auriculaire ou parotidienne.

V. — Il existe un type latent où les symptômes fonctionnels sont nuls ou si peu marqués qu'ils n'attirent pas l'attention du malade. Dans ce cas fréquent, la syphilis n'est révélée que par l'apparition des accidents secondaires.

VI. — Le chancre intra-nasal lorsqu'il revêt ce type, et surtout s'il siège profondément, peut échapper à un examen superficiel. Constaté il sera souvent méconnu par erreur de diagnostic (gomme, néoplasme, etc).

VII. — Les accidents secondaires seront en général précoces, leur apparition orientera ou confirmera le diagnostic.

VIII. — En présence d'accidents secondaires, indiquant une syphilis récente, dont l'accident initial n'est pas accusé, on devra penser à la localisation intra-nasale du chancre. Sa recherche sera particulièrement indiquée quand on trouvera des ganglions sous-angulo-maxillaire, péri-hyoïdien, pré-auriculaire.

IX. — L'évolution est bénigne, le chancre de la pituitaire guérit sans laisser de traces. Les complications sont rares.

X. — Le traitement local consistera à éviter ou à combattre les infections secondaires. Le traitement général sera la médication mercurielle et iodurée.

Vu : le Président de thèse,
E. GAUCHER

Vu : le Doyen,
D. LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

L. LIARD

INDEX BIBLIOGRAPHIE

I. — OBSERVATIONS PUBLIÉES

- MARC CARTHY. — Du diagnostic et de l'enchaînement des symptômes syphilitiques. Thèse de Paris, 1844.
- RICORD. — Leçons sur le chancre, 1858.
- FOURNIER. — Union médicale, 23 février 1858, p. 86.
- Union médicale, 2 mars 1858, p. 98.
- Les Chancres extra-génitaux, 1897. Paris, p. 173-190.
- NODET. — Un cas dans la thèse d'Aimé Martin. Paris, 1863.
- ROLLET. — Traité des maladies vénériennes, 1865, p. 693-704.
- NETTLESCHIP. — Bristich. med. Journal., t. II, p. 363.
- SPENCER WATSON. — Medical Times and Gazette, avril 1881, p. 428.
- PONCET. — Société des Sciences médicales de Lyon, 1881.
- Annales de Dermat. et de Syphil., t. II, p. 115, 1881.
- Thèse de Stourme. Lyon, 1889.
- MOURE. — Société franc. d'Oto-Rhino-Laryng., 1887.
- Revue mensuelle de Laryngologie, 1887, n° 7.
- Thèse de Dupond. Bordeaux, 1887.
- Contribution à l'étude de la syphilis des fosses nasales. Paris, 1888.
- Revue int. de Laryng. et de Rhino, 1892, p. 73.
- Thèse de Reboul. Bordeaux, 1892.
- HIGGUET. — Soc. de Laryng. et de Rhinol, 1882.
- MOREL-LAVALLÉE. — Ann. de Dermat., et, de Syphiligr., 1887, p. 701.
- POSPELOW. — Arch. fur dermat. syph., 1889.
- COZZOLINO. — Sifilide del naso, delle fosse nasale; sifilide primaria.

- Suppl. mens. della Gazette degli Ospitali, janvier 1889,
p. 4.
- Revista clinica dell Universita di Napoli, janvier 1889,
n° 1.
- MARFAN. — Annales de Dermat. et de Syphil., 1890, p. 499.
- GEMY. — Annales de Dermat. et de Syphil., 1890, p. 571.
- BULKLEY. — Syphilis in the innocents. New-York, 1894, p. 100.
- CUMMINO. — Bollet. delle mal. del orrechio, etc. Anno XII, 1894,
n° 2, p. 25.
- HESSLER. — Thèse de Le Bart. Paris, 1894.
- THIBIERGE. — Gaz. hebd. de méd. et de chirurg. 23 avril 1894.
- Thèse de Bazenerye. Paris, 1894.
- CHAPUIS. — Gaz. des Hopitaux, 19 juillet 1894, p. 777.
- ARSLAN. — Archivio italiano di Laryngologia, vol. XIV, 1894,
p. 105.
- YERWANT. — Archivio italiano di Laryngologia. Napoli, 1894,
p. 105.
- RUEDA. — Revue de Laryngologie, 1895, p. 157.
- GAREL. — Revue de Laryngologie, 1895, p. 640-643 (2 cas).
- Lyon médical, 5 août 1900, p. 469-480 (4 cas).
- MENDEL. — Annales de Derm. et de Syph., 1895, p. 521.
- EUDLTIZ. — Annales de Derm. et de Syph., 1895, p. 124.
- RICHARD D'AULNAY. — Annales de Derm. et de Syph., 1895,
p. 984-991.
- KRELLING. — Thèse de Le Bart. Paris, 1894.
- MATLACK. — Cité par Calamida. Giorn. del. re. Accad. de med.
di Torino, 1903, p. 585-592.
- KENEFICK. — Cité par Calamida. Giorn. del. re. Accad. de med.
di Torino, 1903, p. 585-592.
- PRISSMAN. — Cité par Calamida. Giorn. del. re. Accad. de med.
di Torino, 1903, p. 585-592.
- KOHN. — New-York med. Journ., 1897, p. 421.
- JACOBI. — Dermat. Ztschr. Berlin, 1897, p. 407.
- GAVELLO. — Arch. italiano di otologia, etc. Vol. VIII, fasc I,
1898, p. 87.
- LERMOYEZ. — Annales des mal. de l'oreille, etc., 1898, n° 12,
p. 517.
- POIRIER. — Ann. Soc. méd. chirurg. d'Anvers, 1899, p. 241-245.
- CARLE. — Soc. des Sciences méd. de Lyon, 1901, p. 776.
- PARKER. — The Lancet. London, 1901, p. 237-242.

- COLLINET. — Bull. de Laryngologie, 1901, p. 175-179 (2 cas).
- FREUDENTHAL. — New-York med. Journal, 1901, p. 804-807.
- Klin. Therap. Wchnschr. Wien 1901, p. 785-790.
- N. Yorker med. Monatsch., 1901, p. 305-314.
- HELOT. — Revue médicale, 1903, p. 494.
- VIGNOLO-LUTATI. — Giorn. italiano dell. mal. veneree et della pelle, fasc. II, 1903, p. 151.
- CALAMIDA. — Giorn. d. r. accad. di. med. di Torino, 1903, p. 585-592.
- GRAEFT. — Post Graduate. New-York, 1904, p. 48-50.
- ROMANOVSKY. — Roussk Vrach, 10 juillet 1904.
- La Syphilis, 1905, p. 60.
- BRUNON. — Journ. des mal. cut. et syph., 1904, p. 187.
- GELLÉ. — Arch. int. de laryng. otol., etc., mars-avril, 1904.
- LA ROSA. — Gazzetta degli ospedali. Milano, avril 1904, p. 487-490.
- HUNT (1904). — Cité par Batut (Journ. des mal. cut. et syph., 1908, p. 178).
- DAVID. — La Syphilis, 1905, p. 125.
- HEIDENSGELD. — Lancet, clini. Cincinnati, 1905, p. 523.
- CAMPBELL (J.). — Ann. of oto. Rhino and Laryngology, juin 1906.
- Revue hebdomadaire de Laryngologie, 23 février 1907, p. 23.
- ROLLESTON. — Lancet. London, 1906.
- GAUCHER et BOISSEAU. — Société de Dermatologie, mars 1906.
- RAMOGNINI. — Giorn. Ital. delle malattie veneree et della pelle, 1907, p. 287.
- MONNIER. — Cité par Batut, 1906 (Journ. de mal. cut. et syph., 1908, p. 178).
- BALZER et LECORUE. — Bull. Soc. franç. de Dermat. et Syph., 1907.
- Ann. de Dermat. et de Syph., 1907.
- BALDWIN. — Lancet-London, 1907, p. 287.
- GUICHARD. — Revue méd. de Laryng., etc., 1907, 28 septembre, p. 375.
- BLANC. — Rev. hebd. de Laryng.-oto-rhino., 16 nov. 1907, p. 585, et Bull. médical de l'Algérie. Alger, 190-650-652.
- FANONI. — The Post-graduate, mars 1907, p. 265-271.
- Journal of. American. med. assoc., 20 avril 1907.
- SIEMS et RAJAT. — Bulletin de la Société méd. des hôpitaux de Lyon, 18 juin 1907, p. 270.

- LAURENT. — Thèse de Lenoble. Paris, 1908.
- LEGRAND-BERTIN. — Echo médical du Nord, 1908, p. 21.
- FROMENT et ROME. — J. des mal. cutan. et syph., 1908, p. 929.
- HORAND. — J. des mal. cut. et syph., 1908, p. 181.
- NEUGASS. — Assoc. des Laryngologistes allemands, 8 juin 1908.
(Zeitschr. f. Laryng.-rhino, etc., fasc. III, 1908).
- BATUT. — Journal des mal. cut. et syph., 1908, p. 178.
- GAUCHER et GIROUX. — Annales des maladies vénériennes,
septembre 1908.
- SANTI PUSATERI. — Soc. ital. de Path. Palerme, 1908.
— Arch. int. de Laryng.-oto-rhino, t. XXIX, mars-avril
1910, p. 669.
- FICK. — American Journ. of. Dermatology de Saint-Louis, 1908,
p. 18-20.
- STANCANELLI. — Ann. des mal. vénériennes, 1909.
- DUPOND. — Rev. hebd. de Laryng.-oto-rhino, 5 mars 1910,
p. 273-279.
- NORMAN PATTERSON. — Primary sore of the vestibule of the nose
and adjoining skin. (The Journal of Laryngology. London,
March, 1911, p. 144).
- LAVIELLE. — Journ. de médecine de Bordeaux, 1911, p. 615.
- FARQUHARSON. — The Journal of Laryng, etc. London, 1912,
p. 108.

II. — BIBLIOGRAPHIE

- REBOUL. — Recherches sur l'étiologie des chancres céphaliques.
Thèse de Bordeaux, 1892.
- BRUNON. — Le Chancre syphilitique des fosses nasales. Thèse de
Lyon, 1897.
- MAC CARTHY. — Du Diagnostic et de l'enchaînement des symp-
tômes syphilitiques. Thèse de Paris, 1844.
- MARTIN (Aimé). — De l'accident primitif de la syphilis constitu-
tionnelle. Thèse de Paris, 1863, p. 63.
- ROLLET. — Traité des maladies vénériennes, 1865, p. 693 et 704.
- RICORD. — Leçons sur le chancre, 1858.
- GUIGNARD. — Contribution à l'étude des chancres extra-génitaux,
Thèse de Paris, 1882.
- DUPOND. — Études sur la syphilis du nez et des fosses nasales.
Thèse de Bordeaux, 1887.

- MOURE. — Manuel pratique des fosses nasales, 1893.
- CHAPUIS. — Du Chancre syphilitique de la muqueuse pituitaire (Gazette des hôpitaux, 13 octobre 1894, n° 119, p. 1103-1108).
- CULLERIER. — Traité des maladies vénériennes, 1866.
- LANCEREAUX. — Traité de la syphilis, 1873.
- RIZAT (Arm.). — Manuel pratique des maladies vénériennes, 1881.
- MAURIAC. — Leçons sur les maladies vénériennes, 1883.
- HERMANN-ZEISSL. — Traité clinique et thérapeutique des maladies vénériennes, trad. franç. de Raugé, 1888.
- JULLIEN. — Traité des maladies vénériennes, édit. 1886, p. 527-585.
- NIVET. — De la fréquence relative des différentes variétés de chancres syphilitiques extra-génitaux chez l'homme et chez la femme. Suivi de quelques considérations sur un certain nombre de cas observés à l'hôpital Saint-Louis pendant l'année 1886. Thèse de Paris, 1887.
- MOREL-LAVALLÉE. — Ann. de dermat. et de syphil., 1887.
- VESLIN. — Ann. de dermat. et de syphil., 1890.
- FEULARD. — Ann. de dermat. et de syphil., 1890-1892.
- STOURME. — Essai sur le pronostic du chancre céphalique induré. Thèse de Lyon, 1889.
- TISSIER. — De la syphilis de nez (Gaz. des hôpitaux, 15 février 1896, n° 20, p. 187).
- HULOT. — Gazette des hôpitaux, 1879.
- COZZOLINO. — Sifilide del naso e delle fosse nasali (Gaz. degli Ospitali, janv., 1889).
- SAJOUS. — Lectures on the scades of the Nose and throat. Philadelphie, 1886.
- JEANSELME. — Des Chancres extra-génitaux (Gazette des hôpitaux, 8 mai 1906, n° 53, p. 630).
- BULKLEY. — Syphilis in the innocent. New-York, 1894, p. 192-236.
- FOURNIER. — Les Chancres extra-génitaux, 1897.
- TISSIER. — Des Accidents secondaires des fosses nasales dans la syphilis acquise de l'adulte (Ann. des mal. de l'oreille, etc., février 1893).
- LAVERGNE et PERRIN. — Contribution à l'étude des chancres extra-génitaux (Ann. de Derm. et de Syph., 1884, p. 333).
- ROY (L.-G.). — La Syphilis nasale (Revue médicale, 1903).
- FOURNIER. — Traité de la syphilis, 1899-1906, 2 vol.

- CASTEX et LUBET-BARBON. — Traité de chirurgie Le Dentu-Delbet, 1909, fasc. 18 (Oto-rhino-laryngologie, p. 91).
- CASTEX. — Maladies du larynx, du nez et des oreilles, 3^e édit., 1909.
- LENOBLE. — Du Chancre syphilitique du nez et spécialement du chancre de la pituitaire. Thèse de Paris, 1908.
- DUPLAY et RECLUS. — Traité de chirurgie, 2^e édit., 1897-1899.
- MOREL-MACKENZIE. — Maladies des fosses nasales, 1887. Trad. Moure et Charazac.
- MENIER. — Traité des maladies du nez, 1906.
- LE BART. — Le Chancre primitif du nez et des fosses nasales. Thèse de Paris, 1894.
- BAZENERYE. — Étude clinique sur la syphilis nasale acquise. Thèse de Paris, 1894.
- PAVLOFF. — Ann. of med. sciences, 1891, vol. 2.
- BURNETT. — Syphilis on the ear, nose and throat.
- FANONI (Antonio). — The post graduate, 1907. New-York, p. 265-267.
- ABRAND. — La Syphilis primaire du nez (Clinique, juin, 1907, p. 365).
- ROBERTSON. — Syphilis on the ear, nose and throat (Austr. med. Gaz. Sydney, 1909, p. 526-531).
- HALLOPEAU-FOUQUET. — Traité élémentaire de la syphilis, 1911.
- MACKENZIE. — Primary syphilis of the nose and naso-pharynx (Journal of Derm., octobre 1906).
- VIGNOLO-LUTATI. — Statistique de la clinique de Majocchi relevée pendant cinq ans (Giornale Ital. delle malattie veneree et della pelle, 1903, f. 2, p. 151).
- RAULIN. — Le Chancre d'origine nasale (Rev. de Laryng., 15 nov. 1890).
- BATUT. — Syphilis du nez (Journ. des mal. cut. et syph., n° 3, mars 1908, p. 177).
- RAMOGNINI. — Contributo allo studio dei sifilomi initial della pituitaria (Gior. ital. delle mal. veneree., etc. fasc. III, 1907).
- GAUCHER (E.). — Traitement de la syphilis, 2^e édit. Paris, 1905. Monographie de l'Œuvre médico-chirurgicale.
- Le Traitement général de la syphilis (Ann. des mal. vénériennes, 1909, p. 401-406).
- Traitement de la syphilis par l'Arseno-Benzol (Gazette des hôpitaux. Paris, 1910, p. 1767-1770).

- Leçon sur le traitement de la syphilis (Presse médicale, 15 mai 1912, p. 125).
 - Le Chancre et les syphilides cutanées et muqueuses, et le traitement général de la syphilis (Précis de Syphiligraphie, 1907).
 - Syphilis du système nerveux de l'œil, de l'oreille et du nez (Précis de syphiligraphie, 1910. O. Doin).
- THRASHER. — Syphilis of the nose (the Cincinnati Land clinic., 1909, p. 562-564).
- WEISS. — Syphilis of the nose (J. cutaneous Disease Includ. syphilis. New-York, 1911, p. 457).
- LAURENS. — Syphilis nasale. Marseille, Paris 1909.
- MAURIAC. — Syphilis primaire et syphilis secondaire, 1890.
- FREUDENTHAL. — Syphilis nose (the Laryngoscope, avril 1907).
- CARTAZ (Adolphe). — Maladie du nez et du larynx, 1908, fasc. 27 (Traité de méd. et de thérapeutique, Gilbert et Thoinot.)
- PUSATERI. — Sur les accidents primaires de la cloison nasale (Intern. Centralbl. f. Ohrenheilk. Baud. V. Heft 5, 1907).
- GUISEZ. — La Pratique oto-rhino-laryngologique, 1909.

